



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Proposta estruturada de intervenção dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com défice no autocuidado e em processo cirúrgico**

**Vânia Raquel Dias Nascimento**

Orientação: Professor Doutor César Fonseca

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

*Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri*





## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Proposta estruturada de intervenção dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com défice no autocuidado e em processo cirúrgico**

**Vânia Raquel Dias Nascimento**

Orientação: Professor Doutor César Fonseca

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

## **AGRADECIMENTOS**

Ao professor Doutor César Fonseca pela dedicação e exigência que permitiram um desenvolvimento constante de conhecimentos ao longo da realização desta dissertação.

Aos enfermeiros especialistas, Hugo Mouzinho, Abílio Costa e Vera Ilunga que me acompanharam e que partilharam os seus conhecimentos e experiências singulares.

À minha família, amigos e colegas que sempre acreditaram e me apoiaram nesta jornada.

O meu muito obrigada a todos vós que me permitiram continuar a acreditar também.

## RESUMO

As necessidades cirúrgicas têm vindo a crescer em Portugal, verificando-se um aumento da dependência nos autocuidados das pessoas em processo cirúrgico. A intervenção da enfermagem de reabilitação tem como objetivo a capacitação da pessoa para a execução dos seus autocuidados e a demonstração dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, permitindo comprovar a qualidade dos cuidados prestados. Este projeto desenvolveu-se através da aplicação de uma proposta estruturada de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação, seguindo a metodologia qualitativa de Robert Yin (2015) (estudos de caso múltiplos), a teoria de médio alcance de Lopes (2006) e o modelo de Fonseca e Lopes (2014), baseado na teoria do défice do autocuidado de Orem (2001). Verificou-se um aumento significativo dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação. A intervenção realizada traduziu-se em ganhos sensíveis para estes cuidados. Esta dissertação permitiu a demonstração da aquisição de competências na área de especialidade de enfermagem de reabilitação e de mestre em enfermagem.

**Palavras-chave:** Cuidados de enfermagem, Reabilitação, Autocuidado, Cirurgia.

## **ABSTRACT**

Surgical needs have been growing in Portugal increasing dependence on the self-care of people in the surgical process. The rehabilitation nursing intervention has the objective of empowering the person to perform their self-care and demonstrating the care-sensitive outcomes in the rehabilitation nursing care, allowing to prove the quality of the care provided. This project was developed through the application of a structured proposal of rehabilitation nursing care intervention, following the qualitative methodology applied by Robert Yin in his multiple case study method (2015), Lopes' medium-range theory (2006) and the model of Fonseca and Lopes (2014), based on Orem's theory of deficit of self-care (2001). There was a significant increase in nursing care-sensitive outcomes in rehabilitation nursing care. The intervention was translated into sensible gains for these cares. This dissertation allowed the demonstration of the acquisition of skills in the rehabilitation nursing specialty area and master in nursing.

**Key words:** Nursing Care, Rehabilitation, Self-Care, Surgery.

*“as práticas crescem através de aprendizagem experiencial e através da transmissão  
dessa aprendizagem nos contextos de cuidados”.*

BENNER (2005, p. 14)

## ÍNDICE QUADROS

<b>QUADRO Nº 1</b> SÍNTESE DOS ARTIGOS ANALISADOS. ....	38
<b>QUADRO Nº 2</b> PRINCIPAIS INDICADORES SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO IDENTIFICADOS. .....	41
<b>QUADRO Nº 3</b> CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES .....	51
<b>QUADRO Nº 4</b> ENCS APLICADO AO ESTUDO DE CASO B1 .....	55
<b>QUADRO Nº 5</b> MIF APLICADA AO ESTUDO DE CASO B1.....	55
<b>QUADRO Nº 6</b> ENCS APLICADO AO ESTUDO DE CASO B2 .....	57
<b>QUADRO Nº 7</b> MIF APLICADA AO ESTUDO DE CASO B2.....	57
<b>QUADRO Nº 8</b> ENCS APLICADA AO ESTUDO DE CASO B3 .....	59
<b>QUADRO Nº 9</b> MIF APLICADA AO ESTUDO DE CASO B3.....	59
<b>QUADRO Nº 10</b> ENCS APLICADA AO ESTUDO DE CASO B4 .....	60
<b>QUADRO Nº 11</b> MIF APLICADA AO ESTUDO DE CASO B4.....	61
<b>QUADRO Nº 12</b> ENCS APLICADA AO ESTUDO DE CASO B5 .....	62
<b>QUADRO Nº 13</b> MIF APLICADA AO ESTUDO DE CASO B5.....	63
<b>QUADRO Nº 14</b> ENCS APLICADA AO ESTUDO DE CASO B6 .....	64
<b>QUADRO Nº 15</b> MIF APLICADA AO ESTUDO DE CASO B6.....	64
<b>QUADRO Nº 16</b> PLANO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL.....	77



<b>QUADRO Nº 17</b> INTERVENÇÃO DO EEER - MASSAGEM TERAPÊUTICA E APLICAÇÃO DE BANDAS NEUROMUSCULARES (BNM).....	78
<b>QUADRO Nº 18</b> GANHOS OBTIDOS COM A APLICAÇÃO DE UM PLANO ESTRUTURADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DE ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO ENCS.....	80
<b>QUADRO Nº 19</b> GANHOS OBTIDOS COM A APLICAÇÃO DE UM PLANO ESTRUTURADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DE ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO MIF .....	81

## INDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA Nº 1</b> SELEÇÃO DE ARIGOS PATA A RSL .....	37
<b>FIGURA Nº 2</b> PROPOSTA DE UM MODELO DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	46
<b>FIGURA Nº 3</b> METODOLOGIA DE ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLOS DE YIN (2015).....	48

## **LISTAGEM DE SIGLAS**

**AC** – Autocuidado

**ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde

**APA** – American Psychological Association

**AVD's** – Atividades de Vida Diárias

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

**DGS** – Direção-Geral de Saúde

**DM II** – Diabetes Mellitus tipo II

**ECD** – Exames Complementares de Diagnóstico

**EEB** – Escala de Equilíbrio de Berg

**ENCS** – Elderly Nursing Core Set

**ER** – Enfermagem de Reabilitação

**EEER** – Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

**EPE** - Entidade Publica Empresarial

**HGO** – Hospital Garcia da Orta

**HTA** – Hipertensão Arterial

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**LOE** – Lesão Ocupante de Espaço

**MAV** – Malformação Arteriovenosa

**MCEER** – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

**MIF** – Medida de Independência Funcional

**NAEMT** - National Association of Emergency Medical Technicians

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**RMN** – Ressonância Magnética

**TAC** – Tomografia computadorizada

**SAPE** – Sistema de apoio à prática de enfermagem

**SIGIC** – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

**SNC** – Sistema Nervoso Central

**WHO** – World Health Organization

## Índice

<b>0. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL .....</b>	<b>16</b>
1.1. HOSPITAL GARCIA DE ORTA.....	17
1.1.1. Serviço de neurocirurgia do HGO .....	17
1.2. DEMOGRAFIA E SAÚDE DA POPULAÇÃO PORTUGUESA .....	21
1.3. TEORIA DO AUTOCUIDADO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA EM PROCESSO CIRÚRGICO .....	25
1.4. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA .....	34
1.5. PROPOSTA DE UM MODELO DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA EM PROCESSO CIRÚRGICO .....	43
1.6. METODOLOGIA .....	46
1.6.1. Colheita de dados.....	49
1.6.2. Participantes do estudo.....	51
1.6.3. Considerações éticas .....	52
1.7. RESULTADOS.....	53
1.8. DISCUSSÃO .....	65
<b>2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....</b>	<b>83</b>
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	84
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	87
2.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE .....	91
<b>3. CONCLUSÃO .....</b>	<b>92</b>
<b>4. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>110</b>
ANEXO I. Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) (DGS, 2011). .....	CXI
ANEXO II. Parecer e autorização para realização do projeto. ....	CXII
Anexo III. Certificado de apresentação da Revisão Sistemática da Literatura em Workshop. ..	CXIII
Anexo IV. Comprovativo de submissão de artigo científico (RSL) a uma revista científica. ....	CXIV
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>CXVI</b>
Apêndice I. Indicadores sensíveis aos cuidados de ER identificados na RSL. ....	CXVII
Apêndice II. Folha de observação e notas de campo. ....	CXIX
Apêndice III. Projeto de estágio. ....	CXX
Appendices IV. Consentimento informado, livre e esclarecido para participação no projeto. ....	CXXVIII
Apêndice V. Proposta estruturada de intervenção de Enfermagem de Reabilitação funcional. ....	CXXIX

<b>Apêndice VI. Artigo Científico. ....</b>	<b>CXXXII</b>
---	---------------

## 0. INTRODUÇÃO

Esta dissertação está integrada na unidade curricular Relatório, que engloba o plano de estudos do 2º mestrado em enfermagem em associação de escolas de enfermagem e de saúde. Este Relatório tem como objetivo final a obtenção de grau de mestre, tendo sido elaborado segundo o regulamento do Instituto Politécnico de Setúbal.

A produção deste relatório decorreu durante o estágio de aprendizagem integrado no estágio final, no período de 17 de Setembro de 2018 a 13 de Janeiro de 2019, no serviço de neurocirurgia e no serviço de ortopedia do Hospital Garcia de Orta (HGO) Entidade Pública Empresarial (EPE). O referido estágio foi realizado em meio hospitalar com supervisão de um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), tendo sido prestados cuidados de enfermagem especializada a pessoas em processo cirúrgico com alterações da funcionalidade consequente de lesões neurológicas e/ou ortopédicas (HGO, 2016). O foco foi direcionado para a intervenção da pessoa em neurocirurgia, indo de encontro aos objetivos específicos deste relatório.

Para o estágio final foram traçados objetivos que integram também os objetivos deste relatório, nomeadamente, avaliar a funcionalidade da pessoa, de forma a diagnosticar alterações que limitem a atividade, planeando, implementando e avaliando programas de treino motor, treino de atividades de vida diárias e produtos de apoio, no sentido de maximizar a autonomia e a qualidade de vida da pessoa com problemas neurológicos. Com a execução destes programas pretende-se capacitar a pessoa com incapacidade, limitação e/ou restrição não só na satisfação das suas necessidades, mas também na reinserção na sociedade. Pretende-se, ainda, conseguir gerir os cuidados e projetos, com a equipa multidisciplinar, percebendo e otimizando as respostas da equipa de enfermagem e finalmente produzir resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) (Reis et al., 2018).

A evolução científica e tecnológica, principalmente a nível cirúrgico, tem possibilitado uma maior sobrevida da pessoa a problemas de saúde potencialmente incapacitantes como as doenças degenerativas, cerebrovasculares e tumorais, denotando-se uma maior necessidade de investimento nesta área, no sentido de garantir a recuperação plena das pessoas com necessidades cirúrgicas que poderão vir a ter a sua independência na execução dos autocuidados comprometida, quer pela patologia que as afeta, quer pelas restrições cirúrgicas que comporta ou pelas complicações que poderão advir destas intervenções (Ministério da saúde, 2017; World Health Organization [WHO], 2017).

Tendo em conta o aumento de intervenções cirúrgicas realizadas a nível mundial e particularmente em Portugal (Ministério da Saúde, 2016), para além do envelhecimento progressivo da população portuguesa, que acarreta maiores necessidades nesta área, atendendo ao crescente número de comorbilidades desta faixa etária onde se identificam, com frequência, pessoas que necessitam de intervenção cirúrgica (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2015), denotámos uma necessidade de perceber de que forma a intervenção da ER poderá ser benéfica para a pessoa em processo cirúrgico e com défice nos autocuidados.

Neste sentido, este relatório foi desenvolvido com o objetivo de avaliar os ganhos sensíveis aos cuidados de ER em pessoas com défice no autocuidado e em processo cirúrgico, através da elaboração e implementação de uma proposta estruturada de intervenção dos cuidados de ER. Tendo como objetivos específicos avaliar a funcionalidade da pessoa em processo cirúrgico, desenvolver competências gerais de enfermeiro especialista, específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e de mestre, para além dos objetivos da unidade curricular já expostos.

Um modelo da prática de ER permite a partilha de conhecimentos com os pares e a demonstração do percurso realizado na execução dos cuidados de ER executados (Slatyer et al., 2015). Desta forma, é exposta uma proposta de um modelo de cuidados de ER à pessoa em processo cirúrgico com base na teoria de médio alcance de Lopes (2006), do modelo de Fonseca e Lopes (2014) e na teoria de enfermagem do défice do autocuidado de Orem (2001) que regeram todo o trabalho realizado.

Foi utilizada a metodologia qualitativa de estudo de caso de Yin (2015) (método de estudos de caso múltiplos) e as teorias referidas anteriormente. Desta forma, e seguindo a metodologia de estudos de caso de Yin (2015), são definidos e planeados os objetivos do trabalho, escolhidos os estudos de caso, realizada a preparação e colheita de dados e, finalmente, feita a análise e a conclusão decorrentes dos dados encontrados.

A teoria de médio alcance de Lopes (2006) permite perceber a importância do estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança da pessoa/cuidador, relativamente aos cuidados prestados, conseguindo, desta forma, garantir a obtenção de resultados que vão de encontro aos objetivos específicos da pessoa com necessidade de intervenção da enfermagem especializada em reabilitação, permitindo auferir os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem prestados, através do modelo de Fonseca e Lopes (2014).



O presente relatório encontra-se dividido por capítulos. São primeiramente apresentadas as estratégias de intervenção profissional, sendo exposto o contexto onde o trabalho é desenvolvido, descrevendo o espaço físico e os recursos disponíveis para a sua realização. Ainda neste capítulo, é apresentando o enquadramento em que se desenvolveu, justificando a sua pertinência através da literatura pesquisada, os objetivos deste relatório e o contributo que os cuidados de ER poderão dar à pessoa em processo cirúrgico. Este capítulo inclui, também, a revisão sistemática da literatura realizada, no sentido de perceber a importância da mensuração dos resultados para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, uma proposta de um modelo da prática de ER, a metodologia, os resultados obtidos e a discussão. Segue-se a análise reflexiva das competências adquiridas ao longo do estágio final como enfermeira especialista em ER e como mestre que justifiquem a obtenção destes graus académicos. Por fim, é realizada a conclusão final deste relatório onde são descritos os pontos mais relevantes e as referências bibliográficas utilizadas na elaboração desta dissertação.

O relatório foi realizado conforme as normas de referência bibliográfica do estilo American Psychological Association (APA), 6ª edição.

## **1. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL**

Neste capítulo é exposto o contexto em que o trabalho se desenvolve em termos de recursos humanos e materiais existentes no HGO e especificamente no serviço de neurocirurgia, onde se desenvolveu a principal intervenção profissional do estágio final.

Também no sentido de explicar a pertinência da escolha do tema e clarificar conceitos, será exposto, o contexto em que este relatório se enquadra, tendo em conta as características da população portuguesa e considerando a atuação do EEER, que se centra na pessoa, ao longo do seu ciclo de vida, nos diferentes contextos da atividade clínica, nomeadamente, no contexto hospitalar e ao longo do processo cirúrgico, mas também em toda a pessoa com défice no autocuidado, perspetivando a sua integração na sociedade, tendo o objetivo de re/capacitar a pessoa, maximizando a sua funcionalidade que pode ser comprometida tanto pela quebra de saúde como pelas limitações impostas pelo tratamento desta (Regulamento nº 125/2011).

A revisão sistemática da literatura, deste capítulo, pretende evidenciar a importância dos indicadores sensíveis aos cuidados de ER, presentes nos programas enfermagem de reabilitação às pessoas em processo cirúrgico.

Ao longo do capítulo, será descrita a intervenção realizada, com base num modelo proposto da prática de ER.

E por fim a metodologia utilizada, os resultados obtidos e a discussão dos resultados decorrentes das intervenções executadas à pessoa alvo dos cuidados.

Os objetivos das estratégias de intervenção realizadas são avaliar os ganhos sensíveis aos cuidados de ER em pessoas com défice no autocuidado e em processo cirúrgico, através da elaboração e implementação de uma proposta estruturada de intervenção dos cuidados de ER. Como objetivos específicos, pretende-se avaliar a funcionalidade da pessoa em processo cirúrgico e com défice no autocuidado e desenvolver competências gerais de enfermeiro especialista e específicas do EEER, percebendo a sua importância na capacitação da pessoa com défice no autocuidado.

## **1.1. HOSPITAL GARCIA DE ORTA**

O HGO, localizado em Almada, assume-se como pessoa coletiva de natureza empresarial, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, tendo todas as valências básicas e complementares, classificando-se como hospital central, devido ao elevado grau de diferenciação (HGO, 2016).

O HGO dá resposta a cerca de 332.299 mil habitantes dos concelhos de Almada e Seixal, sendo que, valências como a neurocirurgia estendem-se à população da península de Setúbal e ao sul do país, dando apoio a vários hospitais (HGO, 2015). Este hospital abrange uma população em que 55,8% se encontra numa faixa etária entre os 25 e os 64 anos e 18,2% têm mais de 65 anos. Nesta perspetiva, estima-se que a procura aos serviços de saúde seja progressivamente crescente, devido ao envelhecimento populacional (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011; HGO, 2016).

O HGO conta com cerca de 2500 funcionários que têm como objetivo prestar cuidados diferenciados, de qualidade, assegurando a cada pessoa cuidados consoante as necessidades apresentadas. Dispõe também de 545 camas, com uma taxa de ocupação média geral de 89%, distribuídas pelas diversas especialidades e 77% nas especialidades cirúrgicas. Tem-se registado um aumento progressivo de pessoas sujeitas a intervenções cirúrgicas, não só pelas necessidades da população que abrange, como pelo apoio que disponibiliza a outros hospitais, em particular na especialidade de neurocirurgia (HGO, 2014; HGO, 2016).

Uma das áreas de atividade do HGO é a formação, ensino e investigação, que se concebe como uma estrutura operacional diferenciada denominada centro de investigação Garcia de Orta (HGO, 2016), tendo como missão desenvolver atividades de investigação, formação e ensino de alunos/profissionais de saúde em colaboração com entidades públicas e privadas (HGO, 2015), permitindo a realização e avaliação, por exemplo, de projetos de intervenção estruturados.

### **1.1.1. Serviço de neurocirurgia do HGO**

A neurocirurgia é uma especialidade médica onde a pessoa é diagnosticada e tratada cirurgicamente quando apresenta afeições do Sistema Nervoso Central (SNC), Periférico (SNP) e autónomo, ou

que envolvam as estruturas de proteção, suporte e vascularização destes sistemas. A evolução desta especialidade médica tem vindo a crescer exponencialmente graças aos avanços tecnológicos e técnicos, mas também ao progresso do conhecimento nesta área, ao desenvolvimento socioeconómico e até ao aumento das expectativas da população. O crescimento desta especialidade exige uma interação de várias outras especialidades que incluem, não só, as médicas, mas também de enfermagem, no sentido de promover a melhoria do estado clínico da pessoa e a sua reabilitação (Vaz et al., 2017).

As principais áreas de intervenção da neurocirurgia incluem tumores primários ou secundários do SNC e SNP, doenças vasculares do SNC e SNP, como aneurismas, malformações vasculares, acidente vascular cerebral (AVC) isquémico ou hemorrágico, patologia da coluna vertebral tumoral e degenerativa, infeções intrarraquidianas e intracranianas, assim como outras patologias de origem traumática, infecciosa, degenerativa ou tumoral do crânio, medula e nervos periféricos (Vaz et al., 2017). No serviço de neurocirurgia do HGO as patologias mais frequentes das pessoas internadas são as de crânio (72%) e menos frequentes as de coluna (28%) (HGO, 2019).

O serviço de neurocirurgia, onde se desenvolveu a grande parte do estágio final, localiza-se no 6º piso do HGO, sendo uma unidade de cuidados progressivos que integra uma unidade de cuidados intensivos, com 4 camas, uma unidade de cuidados intermédios com 4 camas e uma enfermaria, com 15 camas.

Toda a equipa de um serviço de neurocirurgia é altamente diferenciada a nível técnico e humano (Vaz et al., 2017), não sendo a equipa multidisciplinar do serviço de neurocirurgia do HGO exceção.

Neste serviço existem três EEER que se distribuem pelos turnos da manhã (08:00 às 16:30) e pelos turnos da tarde (16:00 às 23:30), com um ou dois elementos e que garantem a continuidade dos programas de ER iniciados ou continuados através da passagem de turno, em sistema informático da instituição (SAPE) e em outro desenvolvido pelos próprios (em Excel). A escala de eleição para avaliação da funcionalidade das pessoas, aqui internadas, é a MIF (Medida de Independência funcional) (Direção Geral de Saúde [DGS], 2011), sendo registada no programa desenvolvido pelos EEER anteriormente referido.

Os enfermeiros do serviço de neurocirurgia, e em particular os EEER, são elementos bastante dinamizadores, desenvolvendo projetos com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, visando a meta da excelência, tendo já sido reconhecidos com prémios nacionais. Desta forma, existem

projetos como a preparação da alta e o controlo de infeção que cabe a todos os enfermeiros desenvolver e em específico, projetos desenvolvidos pelos EEER como a “Avaliação e Estimulação do doente com alterações do estado de consciência”, onde é realizada a estimulação neurosensorial a pessoas com um nível de consciência baixo, tendo como premissa a neuroplasticidade<sup>1</sup>. Desta forma, os EEER, envolveram toda a equipa neste projeto de forma a sensibilizar para a importância de estimular os vários sentidos da pessoa em coma, estado vegetativo e estado mínimo de consciência, no sentido, de todos contribuírem para a realização da estimulação multissensorial precoce e sistematizada (Varanda, Rodrigues e Costa, 2015).

A intervenção dos EEER, deste serviço, desenvolve-se no sentido de reabilitar a pessoa nos vários domínios (cognitivo, comportamental, emocional e físico), não só com aplicação do projeto referido, mas também com implementação de programas de ER funcional respiratória e motora. Desta forma, o programa de ER é iniciado no pré-operatório com avaliação da pessoa, sendo dado ênfase, neste período, para a realização de reabilitação funcional respiratória e ensinamentos sobre a importância da execução destes exercícios no pré e pós-operatório, a importância da mobilização precoce e os sinais e sintomas a que pessoa deve estar atenta. No pós-operatório é continuado o programa de ER e negociados os objetivos a atingir com este programa, tendo em conta as necessidades avaliadas e os objetivos pessoais da pessoa alvo dos cuidados (Malcato, 2016).

Estudos indicam uma tendência para o aumento do número de neurocirurgias a nível europeu, sendo que, neste hospital, o número de cirurgias efetuadas, nesta área, tem vindo progressivamente a aumentar (Ministério da saúde, 2017). A faixa etária, sujeita a neurocirurgia, situa-se, predominantemente, entre os 45 e os 65 anos (HGO, 2016) por doença cerebrovascular, como acidentes vasculares hemorrágicos por aneurisma ou malformação arteriovenosa (MAV), tumores do sistema nervoso (primários/secundários), complicações neurológicas decorrentes de tratamento oncológico, patologia da coluna vertebral de natureza tumoral, infecciosa e degenerativa ou resultantes de traumatismos, traumatismos vertebro-medulares e crânio-encefálicos (Vaz et al., 2017).

Este serviço, em 2018, apresentou uma taxa de ocupação estimada de aproximadamente 87%, sendo que a enfermaria apresentou uma taxa de ocupação de aproximadamente 85% (HGO, 2019).

A proveniência das pessoas internadas no serviço de neurocirurgia inclui a consulta externa, o serviço de urgência ou outro serviço do HGO e outras unidades hospitalares. A origem da maioria das

---

<sup>1</sup> Neuroplasticidade refere-se à capacidade do SNC recuperar funções perdidas quando estimulado, neste caso, quando implementado um Programa de Estimulação Multissensorial Sistematizado (Varanda et al., 2015).

admissões, que se constata neste serviço, são provenientes do serviço de urgência do HGO (61%), verificando-se também uma grande percentagem de pessoas internadas provenientes de outras áreas geográficas, que não são diretamente abrangidas pelo HGO, nomeadamente Setúbal e Barreiro (39%) (HGO, 2019).

O tempo de internamento varia de pessoa para pessoa, pelas suas características pessoais, comorbilidades ou patologias que levaram ao seu internamento, sendo, em média, na enfermaria, 9 dias, que poderá ser prolongado por intercorrências como complicações pós-operatórias e/ou dificuldades na programação da alta (Carretas e Fonseca, 2018; HGO, 2019), verificando-se um elevado número de protelamento de alta em todo o hospital (HGO, 2014) e nomeadamente neste serviço (HGO, 2019).

Verifica-se, nestas pessoas, um elevado nível de dependência nos autocuidados por incapacidades funcionais motoras e/ou cognitivas, que se pode ainda manter no momento de alta (Petronilho, Magalhães, Machado e Vieira, 2010), podendo ser inoportuno para os cuidadores garantir a satisfação dos autocuidados, seja porque é incompatível com a sua atividade laboral, por dificuldades económicas ou pela complexidade de cuidados necessários (Gaspar, Oliveira e Duayer, 2007). Desta forma, a família/cuidador é integrada, sempre que possível, na sua reabilitação, podendo estar presente num período alargado de visita das 12:00 às 20:00, para além do normal período de visita das 17:00 às 18:30.

Quando o utente mantém um elevado nível de dependência funcional, que se preveja continuar após alta, consoante a sua situação e desejo (dele e família/cuidador) poderá ser encaminhado para um centro especializado de reabilitação, consoante a sua área de residência (como por exemplo, o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão) ou ser referenciado para a rede de cuidados continuados (longa/média duração ou convalescença). Durante o período de Janeiro a Outubro de 2018 foram referenciadas, neste serviço, 59 pessoas para estes Centros de Reabilitação/Rede de cuidados continuados (HGO, 2019).

A continuidade de cuidados de ER é garantida através da carta de alta realizada pelos EEER deste serviço.

## 1.2. DEMOGRAFIA E SAÚDE DA POPULAÇÃO PORTUGUESA

O envelhecimento populacional é uma realidade a nível mundial verificando-se, principalmente, nos países desenvolvidos. Esta é também a realidade de Portugal, onde este fenómeno também se constata, sendo consequência das descidas das taxas de natalidade e fertilidade, diminuição das taxas de mortalidade e consequente diminuição do número de jovens e aumento da esperança média de vida (Nogueira et al., 2014; Carrilho e Craveiro, 2015; United Nations, 2015) que alcança os 81 anos de idade, verificando-se também uma melhoria do estado de saúde (INE, 2017). Estudos demonstram que há grande probabilidade para o progressivo crescimento desta tendência demográfica, com alterações importantes na estrutura etária da população e consequentemente na estrutura familiar e na economia do país (Nogueira et al., 2014; United Nations, 2015). Desta forma, tem-se verificado uma diminuição populacional, resultando da diminuição de duas componentes, a natural<sup>2</sup> e a migratória, que apresentam saldo negativo (Carrilho e Craveiro, 2015). Aliados ao aumento da esperança média de vida estão também os avanços tecnológicos, da medicina e da saúde pública, que permitem viver durante um período mais prolongado com maior qualidade de vida (United Nations, 2015).

O envelhecimento caracteriza-se por alterações psicológicas, morfológicas, bioquímicas e funcionais, que evolui para uma maior fragilidade face à quebra de saúde e incapacidade de adaptação ao meio envolvente, sendo vivida e sentida de forma individual (Filho e Netto, 2006; Canhestro e Basto, 2016). A incapacidade funcional e consequente dependência é gradual à medida que a idade avança, sendo um dos problemas que afeta as faixas etárias mais elevadas e do qual decorre a impossibilidade de realizar as suas atividades de vida diárias (AVD's) de forma autónoma, tanto pelas dificuldades físicas como pelas dificuldades que podem decorrer a nível mental e social (Guimarães e Cunha, 2004; Koç, 2014).

Pode definir-se capacidade funcional como a preservação da habilidade para executar AVD's e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) de forma autónoma, sendo que, devido ao declínio das capacidades associado ao envelhecimento, a manutenção da participação dos idosos na gestão da sua saúde e atividades domésticas e sociais torna-se fulcral para garantir a qualidade de vida (Oliveira e Menezes, 2011; Bozhurt e Yilmaz, 2016).

---

<sup>2</sup> Saldo natural: diferença entre número de nados-vivos e óbitos, num determinado período de tempo (Carrilho e Craveiro, 2015).

Pode verificar-se que a instalação de défices associada ao envelhecimento é corroborada por várias teorias do envelhecimento, podendo ser divididas em Teorias Biológicas, Teorias Psicológicas e Teorias Sociológicas (Fonseca e Lopes, 2014).

As Teorias Biológicas do envelhecimento assentam na premissa de que o envelhecimento é consequência da aglomeração das várias agressões ambientais e/ou alterações genéticas/biológicas a que o indivíduo está sujeito ao longo da vida, sendo que destas resultarão incapacidades funcionais progressivas e por último a morte (Fonseca e Lopes, 2014). Esta teoria destaca importantes consequências do envelhecimento como o declínio dos sistemas fisiológicos e consequente diminuição da massa muscular, da força e da função, que resultarão em diminuição da qualidade de vida da pessoa, por exemplo, por dificuldades na realização dos autocuidados, para além da maior propensão à doença (Fonseca e Lopes, 2014). Sequeira (2007) refere também, como alterações decorrentes do aumento da idade, a lentificação dos movimentos, alterações do equilíbrio, diminuição da velocidade de reação e as alterações emocionais e cognitivas.

Ainda dentro das Teorias Biológicas do envelhecimento podem destacar-se as Teorias Neuropsicológicas que estudam as alterações neurológicas e comportamentais consequentes do avanço da idade e que salientam as alterações da memória e do controlo da cognição (Fonseca e Lopes, 2014).

As Teorias Psicológicas do envelhecimento focam-se nas mudanças verificadas no comportamento da pessoa, destacando que o processo de desenvolvimento ontogénico é biológico, mas também sociológico, sendo transversal a todas as pessoas, mas individualizado, consoante as diferenças genéticas ou sociais, por exemplo (Fonseca e Lopes, 2014), e que o desenvolvimento progride pela interação constante entre a biologia e a cultura (Baltes e Smith, 2004).

Vários autores referem que o declínio cognitivo é exponencial ao processo de envelhecimento, como por exemplo, a diminuição da velocidade de raciocínio ou da tomada de decisão, tendo repercussões na aprendizagem social e na funcionalidade cognitiva (Fonseca e Lopes, 2014).

As Teorias Sociológicas foram evoluindo e sendo reformuladas ao longo do tempo, defendendo a importância de não se restringir as teorias do envelhecimento à dimensão biológica, mas integrar bidireccionalmente a dimensão social (a importância do idoso na sociedade e a importância da influência da sociedade no idoso). Existem diversas Teorias Sociológicas que dão enfoque ao peso que o idoso tem para a sociedade, tendo em conta o aumento de dependência que potencialmente pode apresentar (por exemplo a nível económico), enquanto outras explicam como as estruturas sociais influenciam



os processos de envelhecimento, podendo aumentar ou diminuir a qualidade de vida da pessoa idosa (Fonseca e Lopes, 2014).

Através das teorias descritas, podemos deduzir que o processo de envelhecimento envolve alterações como a perda de funcionalidade e a incapacidade, e que estas se instalam numa relação dinâmica entre o estado de saúde e os fatores ambientais e/ou pessoais que vão acarretar maiores necessidades a nível dos cuidados de saúde e consequentemente dos gastos necessários (INE, 2012).

Principalmente devido ao envelhecimento calcula-se que aproximadamente 15% da população mundial apresenta algum tipo de incapacidade e que mais de 2% das pessoas, com idade igual ou superior a 15 anos, tenham dificuldades funcionais, o que se traduz num aumento das taxas de deficiência e doença crónica (WHO, 2011).

De acordo com o INE (2012), em 2011, por volta de 16% das pessoas dos 15 aos 64 anos apresentavam problemas de saúde prolongados e dificuldade na execução das AVD's, sendo que, aproximadamente 50% dos idosos tinham dificuldades acentuadas ou não conseguiam executar uma ou mais AVD's (andar, tomar banho, vestir-se).

No entanto, o envelhecimento não deve ser visto como algo negativo, mas sim como “uma oportunidade para as pessoas viverem de forma saudável e autónoma o maior período de tempo possível” (Nunes, 2017, p. 135). Este processo acarreta “a responsabilização da própria pessoa e da sociedade em promover ações necessárias para integrar uma perspetiva de mudança nos comportamentos e na capacidade de resposta do Governo ajustada ao ambiente e às necessidades” (Nunes, 2017, p.135). Neste sentido, é importante que a política esteja atenta às novas carências da população, tendo como objetivo promover e garantir a saúde física e mental, reconhecendo a importância da reestruturação dos sectores sociais, económicos, políticos e da saúde (Canhestro e Basto, 2016). Desta forma, o aumento da esperança média de vida é, sem dúvida, uma conquista, mas traz também novos desafios nestes sectores.

Devido ao envelhecimento populacional, na área da saúde, podemos denotar alterações nas causas de morbilidade e mortalidade, com maior risco da presença de doenças crónicas e degenerativas e consequentemente maior consumo de cuidados de saúde. Com o aumento da longevidade aumenta também a prevalência de doenças oncológicas e cerebrovasculares (Nogueira et al., 2014, Ministério

da saúde, 2018). Podendo verificar-se, no cenário atual, em Portugal, que doenças tumorais, do aparelho circulatório, cerebrovasculares, acidentes e quedas estão entre as principais causas de morte (INE, 2018).

As políticas de saúde têm visado uma maior oferta de cuidados de saúde, tanto a nível dos cuidados de saúde primários, como da promoção da saúde e da prevenção da doença, como a nível dos cuidados hospitalares, apresentado um número crescente de cirurgias programadas realizadas, principalmente em ambulatório, mas também do número de cirurgias a pessoas em Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) (Ministério da Saúde, 2016).

Uma das consequências do envelhecimento populacional em Portugal é o aumento do índice de dependência total, devido ao aumento da dependência de idosos diretamente ligado à sua longevidade (INE, 2011; Canhestro e Basto, 2016). A dependência nas atividades de vida implica cuidadores, sejam eles formais ou informais. Sendo que, em Portugal, os cuidadores são frequentemente os familiares (Canhestro e Basto, 2016). As tendências sociais a nível da constituição familiar apontam para alterações dos agregados familiares e a existência, cada vez mais frequente, de famílias unipessoais, constituídas por idosos, o que poderá ter como consequência o aumento da institucionalização de idosos (Nunes, 2017).

Apesar de não se verificarem ofertas equitativas a nível social e político, têm-se feito esforços no sentido de garantir os cuidados necessários, não só a idosos dependentes, mas também a outras pessoas em situação de dependência que necessitam de acompanhamento e cuidados especializados. Assim, com o objetivo de readquirir ou manter a autonomia, melhorar o bem-estar e consequentemente a qualidade de vida de pessoas com dependência funcional temporária ou permanente, de qualquer idade, surgiu a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que disponibiliza, a estas pessoas, cuidados continuados (em instituições públicas ou privadas) e/ou apoio social (no domicílio ou em instalações específicas), prestando apoio à pessoa dependente e sua família (Segurança Social, 2017).

Os princípios que regeram a criação da RNCCI foram, não só o aumento do envelhecimento populacional e a consequente dependência que advém desta condição, mas também, o crescente número de pessoas com doença crónica incapacitante (Ministério da Saúde, 2017). Além disto, tem-se verificado, em idades cada vez mais jovens, um grande número de pessoas portadoras de deficiência e/ou patologias como a doença cerebrovascular e a cardiovascular e pessoas que sofreram acidentes de viação ou de trabalho com decorrentes défices graves na funcionalidade (Ministério da Saúde, 2017).

Os avanços tecnológicos e da medicina, nomeadamente a nível cirúrgico, têm permitido uma maior sobrevida a doenças incapacitantes anteriormente referidas, sejam elas provocadas por acidentes ou decorrentes de morbilidades como tumores, doenças degenerativas e cerebrovasculares. Desta forma, denotam-se necessidades de saúde específicas na população portuguesa associadas ao envelhecimento populacional, à prevalência cada vez mais frequente de doenças crónicas e agudas e a consequências de acidentes que poderão levar à incapacidade, surgindo uma maior procura de cuidados cirúrgicos, que exige uma resposta necessária e atempada (ACSS, 2015).

O tratamento cirúrgico pode ser, por vezes, o único método para evitar incapacidades e preservar a vida, estimando-se que sejam realizadas cirurgias a 63 milhões de pessoas que sofrem de lesões traumáticas e 31 milhões de pessoas com neoplasias malignas todos os anos (Dindo, Demartines, Clavien, 2004; WHO, 2017).

A cada ano realizam-se mais de 187 milhões de cirurgias (dados recolhidos em 54 países) (WHO, 2017). Em Portugal, no ano de 2014 foram realizadas cerca de 906 mil médias e grandes cirurgias e por volta de 200 mil pequenas cirurgias, sendo que, na sua maioria foram cirurgias eletivas (INE, 2016), enquanto que no ano de 2016 foram realizadas, por dia, mais de 2552 cirurgias (INE, 2017), tendo-se verificado um aumento de mais de 2,3% relativamente ao ano anterior, o que se traduz em ganhos relativos à qualidade e eficiência dos cuidados de saúde e principalmente na melhoria da evolução na reabilitação da pessoa (Ministério da saúde, 2016).

### **1.3. TEORIA DO AUTOCUIDADO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA EM PROCESSO CIRÚRGICO**

O ser humano experiencia, ao longo do seu ciclo de vida, níveis de dependência e necessidades diferentes, sendo que, os momentos de quebra na saúde poderão ser fases de adaptação mais ou menos críticas, com potencial perda de autonomia na execução dos autocuidados (Queirós, Vidinha, e Filho, 2014). Eventos críticos, como a cirurgia, poderão desencadear perda de autonomia por consequente incapacidade funcional (Petronilho et al., 2010). Neste contexto surge a importância do autocuidado e como pode ser auxiliado e incentivado no sentido da aquisição máxima de autonomia possível neste âmbito (Regulamento nº 125/2011).

Segundo Orem (2001), o autocuidado, é uma função reguladora, podendo definir-se como a prática de atividades que tem como objetivo conservar a vida e o bem-estar através de um processo de desenvolvimento pessoal e deliberado que decorre num determinado espaço de tempo. O autocuidado não se restringe apenas à execução das atividades da vida diária e instrumentais, mas a todas as vivências da pessoa, sejam sociais, culturais e cognitivas (Queirós, 2010; Fonseca e Lopes, 2014). Pode também ser definido, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), como o ato de se manter operacional e satisfazer não só as atividades básicas de vida, mas também as necessidades íntimas e pessoais (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015).

Orem (2001) desenvolveu a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado que integra vários conceitos, com destaque para dois conceitos interligados, nomeadamente, o agente de autocuidado e o comportamento de autocuidado.

O agente de autocuidado relaciona-se com a capacidade da pessoa desenvolver o comportamento de autocuidado (Orem, 2001). Este conceito abrange os domínios cognitivo, físico, emocional e comportamental. O domínio cognitivo envolve o conhecimento da autogestão, do estado de saúde e da tomada de decisão; o domínio físico a competência física que permite executar as ações; o domínio emocional envolve competências, valores, atitudes e motivações e o domínio comportamental refere-se à capacidade para realizar o comportamento de autocuidado (Fonseca e Lopes, 2014).

O comportamento de autocuidado refere-se à execução de práticas que têm como objetivo a preservação do bem-estar, a manutenção da própria vida e o desenvolvimento pessoal saudável durante um período de tempo (Orem, 2001).

A Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Orem incorpora três teorias que se relacionam entre si, a Teoria do Autocuidado, que refere porque as pessoas cuidam de si e como o fazem; a Teoria do Défice de Autocuidado, que explica como a enfermagem pode ajudar a pessoa e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem que explica as relações que devem ser criadas para que se produza enfermagem (Tomey e Alligood, 2011; Petronilho e Machado, 2016). Este modelo é direcionado, principalmente a adultos, sendo que, a família é incluída em todo o processo (Hoeman, 2001).

A Teoria do Autocuidado tem por base o pressuposto que todas as pessoas têm potencial para se autocuidarem, uma vez que têm conhecimentos e habilidades adquiridos com as experiências vividas. No entanto, quando surge uma situação de crise que exige uma maior capacidade para o autocuidado que a pessoa não é capaz de dar reposta, outras pessoas terão de auxiliar na sua execução, sejam

cuidadores (como por exemplo familiares), sejam profissionais de saúde (como por exemplo enfermeiros) (Petronilho e Machado, 2016). Desta forma, a pessoa mesmo que seja dependente é responsável por direcionar os cuidados de que necessita (Hoeman, 2001, Karashian e Smith, 2018). Ser dependente no autocuidado significa não ter capacidade para executar as atividades básicas de vida, necessitando de estratégias ou equipamentos adaptativos ou mesmo que outra pessoa a auxilie (Fonseca e Lopes, 2014).

Neste contexto, Orem apresenta os requisitos de autocuidados, destacando três categorias de requisitos de autocuidados, nomeadamente, os universais, de desenvolvimento e no desvio da saúde (Petronilho e Machado, 2016).

O requisito de autocuidado universal refere-se à transversalidade de todas as etapas do ciclo de vida de todas as pessoas, que os requisitos de autocuidado têm, devendo ser tidos como dimensões interligadas, estando “associados com os processos de vida e com a manutenção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano” (Petronilho e Machado, 2016, p.7). Os requisitos de autocuidado universais são a manutenção da quantidade de ar, da ingestão hídrica e de alimentos suficientes; a garantia dos cuidados associados com os processos de excreção; a manutenção de um equilíbrio entre o repouso e a atividade e entre a solidão e a interação social; a prevenção de acidentes que ponham em perigo a vida humana, o seu bem-estar e bom funcionamento e a promoção do desenvolvimento da pessoa na sociedade e seus grupos, respeitando as suas limitações e desejos (Orem, 2001).

Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento estão associados à constituição das características da estrutura, do funcionamento e do comportamento humanos e da forma como estas características se organizam de maneira progressivamente mais complexa, no sentido de prevenir acontecimentos nefastos ao desenvolvimento (Orem, 2001).

Os requisitos de autocuidado no desvio de saúde são necessários na presença de doença ou lesão e podem dividir-se em seis categorias, nomeadamente, a procura de assistência médica em caso de exposição a agentes biológicos/físicos ou condições genéticas, fisiológicas ou psicológicas; perceber os estados patológicos (incluindo os que são referentes ao desenvolvimento); efetuar as prescrições terapêuticas e de reabilitação prescritas no sentido de prevenir complicações decorrentes de patologias, deformidades ou incapacidades; perceber os efeitos nefastos das intervenções aplicadas; modelar o autoconceito para perceber a necessidade dos cuidados de saúde prestados e da aceitação desse mesmo estado e aceitar os condicionamentos impostos pelas patologias instaladas no sentido de manter o normal desenvolvimento pessoal (Orem, 2001).

A Teoria do Défice de Autocuidado explica porque as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem distinguindo cinco métodos de ajuda, nomeadamente, agir ou fazer pela pessoa; guiar e orientar; promover apoio físico e psicológico; promover o desenvolvimento pessoal e educar (Petronilho e Machado, 2016). O défice no autocuidado manifesta-se quando as necessidades da pessoa são maiores que as suas capacidades, sendo necessário definir a capacidade da pessoa para executar o seu autocuidado e a ajuda que necessitará para o realizar, percebendo o papel de cada pessoa/enfermeiro na execução dos autocuidados (Orem, 2001). Neste sentido Orem (2001) estabelece cinco áreas de atividade para a prática de Enfermagem, nomeadamente, começar e manter uma relação enfermeiro-doente com os intervenientes na ação (pessoa alvo dos cuidados, cuidador/família, grupo) até à extinção da necessidade de cuidados; definir as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa e como podem ser assistidos na satisfação destas necessidades; atender à pessoa consoante a necessidade que ela refere ter, relativamente à assistência de enfermagem; determinar a ajuda à pessoa/cuidador, na perceção destes organizarem e agregarem os cuidados de enfermagem e/ou outro tipo de assistência na rotina da pessoa.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem define como as pessoas e os enfermeiros dão resposta às necessidades de autocuidado, estabelecendo as necessidades de autocuidado e as capacidades da pessoa na execução do autocuidado. Desta forma, os “cuidados de enfermagem são exigidos quando existe um défice de AC (autocuidado) entre aquilo que a pessoa pode realizar (ação de AC) e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado (necessidade de AC)” (Petronilho e Machado, 2016). Nesta teoria, Orem (2001) distingue três classificações dos sistemas de enfermagem, nomeadamente, o Sistema Totalmente Compensatório, em que a pessoa é totalmente dependente de terceiros para garantir a sua sobrevivência e bem-estar por não conseguir executar as ações de autocuidado; o Sistema Parcialmente Compensatório em que o enfermeiro complementa a pessoa na execução das atividades consoante as limitações apresentadas por esta e em que a responsabilidade atribuída (ao enfermeiro ou à pessoa) na execução de autocuidado, pode variar, dependendo da vontade da pessoa para realizar a ação de autocuidado e/ou aprender a compensar as suas limitações e o Sistema de Apoio/Educação em que a pessoa tem capacidade para a execução do autocuidado mas necessita de ensino, treino e instrução para a realização do autocuidado.

A Teoria do Défice de Autocuidado de Orem é recorrentemente aplicada na prática, podendo ser integrada no processo de enfermagem onde é realizado um diagnóstico das necessidades da pessoa e um plano de intervenção subsequente (Karakashian e Smith, 2018). Esta teoria prioriza as necessidades da pessoa relativamente aos cuidados de enfermagem enfatizando a sua individualidade (Hartweg e Pickens, 2016). Karakashian e Smith (2018) dão vários exemplos da aplicabilidade desta teoria na

execução de cuidados e realçam os ganhos que foram observados, como a melhoria da coordenação dos cuidados de enfermagem prestados a nível hospitalar e encaminhamento para suporte futuro que possa ser necessário, a melhoria da satisfação da pessoa com os cuidados prestados e a garantia de providenciar formas de mensurar o sucesso ou insucesso das intervenções realizadas.

O cuidar está intrínseco à enfermagem desde o início da sua existência, tendo acompanhado o progresso do conhecimento científico e tendo atualmente o propósito da maior humanização das relações estabelecidas no ato de cuidar (Salviano et al., 2016). Pode definir-se cuidar como o ato de prestar apoio, atenção ou ajuda, facilitando a execução de atividades que visam o bem-estar da pessoa alvo dos cuidados (Migott, 2000), encarando-a como um ser bio-psico-social e espiritual com características únicas (Renaud, 2010).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação são “uma área de intervenção especializada” que tem por base conhecimentos científicos e procedimentos baseados na evidência. Tendo como objetivo “a manutenção e promoção de bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades” (Regulamento nº 350/2015, p.16656).

Desta forma, o EEER baseia a sua intervenção na promoção do diagnóstico e ações preventivas precoces, no sentido de manter as capacidades funcionais da pessoa, prevenir complicações e incapacidades, através de intervenções terapêuticas que têm como objetivo a manutenção/recuperação da independência nas AVD's e/ou promover a adaptação das incapacidades instaladas (Regulamento nº 350/2015), que tal como refere Orem (2001), para garantir a satisfação dos autocuidados, poderá ter que substituir a pessoa na totalidade, parcialmente e/ou realizar ensino, treino e instrução para que esta se torne o mais independente possível na sua execução.

Hoeman (2011) reafirma que a ER tem início nos cuidados preventivos, desde a descoberta da incapacidade, sendo sempre um processo que necessita de adaptação da pessoa à nova realidade. Desta forma, pode verificar-se que a ER se desenvolve desde a prevenção primária, através da promoção/educação da saúde; secundária, através do tratamento e intervenções precoces, que irá sustentar a prevenção terciária ao longo do ciclo de vida da pessoa e através de intervenções que visam a melhoria da qualidade de vida pela reaquisição da máxima independência possível.

O propósito da ER só pode ser alcançado quando é realizado um programa de ER realista e em conjunto com a pessoa cuidada, o que requer adaptação frequente do programa implementado com

o objetivo de se ajustar a novas situações. Neste contexto, a reabilitação é um processo criativo que implica a colaboração de uma equipa multidisciplinar coesa (Hesbeen, 2008).

Cabe ao EEER identificar as necessidades de intervenção, no âmbito da enfermagem reabilitação, nas pessoas com limitação na execução dos seus autocuidados, concebendo, implementando e avaliando programas de reabilitação, com o objetivo de melhorar “a qualidade vida, a reintegração e a participação da pessoa na sociedade” (Regulamento nº 125/2011, p. 8658). Baseando-se em pressupostos teóricos e científicos, o EEER, tem o objetivo de alcançar níveis máximos de independência funcional nas AVD’s, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e garantindo a acessibilidade e a continuidade dos cuidados (Hoeman, 2001; Regulamento nº 125/2011).

Face à realidade demográfica exposta anteriormente e às necessidades exponenciais de cuidados consequente das morbilidades e comorbilidades da população que implicam cirurgia, aliadas à evolução de novas tecnologias e técnicas que permitem o tratamento cirúrgico de mais patologias incapacitantes, deduz-se uma necessidade acrescida de cuidados de saúde de enfermagem especializada na área da reabilitação, no sentido de recuperar a perda de funcionalidade e consequente perda de autonomia na execução dos autocuidados decorrente das situações descritas (Lopes, Gomes e Almada-Lobo, 2018).

É também de destacar que a evidência empírica comprova que a especialização dos profissionais de enfermagem traz ganhos em saúde para o cliente, para as instituições e para os profissionais que se especializam, nomeadamente a nível dos indicadores de saúde, de gestão e de satisfação dos clientes e profissionais, para além de reduzir, a longo prazo, os gastos com a saúde (Lopes, Gomes e Almada-Lobo, 2018).

A cirurgia pode ser, por vezes, a opção mais viável para preservar a vida e/ou a funcionalidade da pessoa, tendo também consequências e possíveis intercorrências indesejáveis tais como a incapacidade da execução satisfatória dos autocuidados permanente ou transitória (WHO, 2017), sendo pertinente a intervenção do EEER no sentido da obtenção da maior autonomia possível, uma vez que, os seus objetivos direcionam-se para a melhoria da funcionalidade, para a promoção da independência e da obtenção da satisfação da pessoa (Regulamento nº 350/2015).

O processo cirúrgico tem início no momento em que há indicação cirúrgica e divide-se em três fases, nomeadamente, pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória. A primeira fase tem término no mo-



mento de chegada da pessoa à sala operatória, a segunda fase na chegada da pessoa à sala de recuperação pós-anestésica e a terceira tem início quando a pessoa sai da sala de cirurgia e perdurará até à sua total recuperação (Monahan, 2010). Este acontecimento tem repercussões a vários níveis, podendo ser motivo de incapacidade, tanto pelas restrições exigidas, como pelas complicações que poderão advir da sua realização. Estão documentadas que 3% a 22% das cirurgias têm complicações maior associadas (Gibbs e Borton, 2006), sendo que 7 milhões de pessoas submetidas a cirurgia, por ano, terão complicações importantes. Estas complicações pós-operatórias resultam, muitas vezes, em internamentos prolongados (DGS, 2010).

As complicações cirúrgicas dependem de vários fatores como a técnica anestésica ou o local intervencionado, sendo mais prováveis quando há maior agressividade da cirurgia, maior duração do procedimento e maior perda de sangue durante a cirurgia (Silva, Baglio, Gazzana e Barreto, 2009). São exemplos de complicações pós cirúrgicas a infeção, a atelectasia pulmonar e a hipoxémia (Canet e Mazo, 2010; Monahan, 2010).

Na neurocirurgia observa-se um risco elevado de complicações neurológicas e sistémicas, independentemente da cirurgia ser ou não eletiva, associadas à complexidade do doente neurocirúrgico, aos internamentos prolongados e a complicações secundárias (Bui et al., 2011). As complicações neurológicas mais comuns do pós-operatório neurocirúrgico são a diminuição do nível de consciência, convulsões refratárias, hipertensão intracraniana, hematoma subdural recorrente, hemiparesia e outros défices motores, enquanto que as complicações sistémicas mais frequentes são a hipotensão, desconforto respiratório, infeção e dor (Siqueira e Diccini, 2017).

Nas complicações pós cirúrgicas, deve também ter-se em conta as que são provocadas pela imobilidade, não só por eventos adversos decorrentes da cirurgia (Mendes e Chaves, 2012), mas pela necessidade de permanecer em repouso durante o processo cirúrgico, podendo ocorrer alterações da força muscular, da pele e tegumentos e dos vários aparelhos (respiratório, cardiovascular, metabólico, gastrointestinal) (Monahan, 2010; Boechat, Manhães, Filho e Istoe, 2012; Ordem dos Enfermeiros (OE), 2013).

Qualquer novo evento desencadeia sentimento de ansiedade, sendo que a cirurgia é sempre um processo gerador de ansiedade, para a pessoa e família, e que exige adaptação a uma nova realidade (Juan, 2007; Monahan, 2010), seja ela transitória ou permanente. Verificando-se, em todo o processo cirúrgico, que a pessoa envolvida pode experienciar sentimentos de medo, insónias, limitações na mobi-

lidade e/ou respiratórias, dependência para a realização dos seus autocuidados e perda de produtividade laboral parcial ou total (Pivoto, Filho, Santos, Almeida e Silveira, 2010). Assim, para além das restrições inerentes à própria cirurgia ou das complicações que dela podem surgir, deve atender-se a que todo o processo cirúrgico necessita de um acompanhamento biopsicossociocultural (Juan, 2007).

Desta forma cabe ao EEER acompanhar a pessoa em todas as fases do seu ciclo de vida, nos vários contextos da prática de cuidados, incluindo quando há necessidade de se submeter a um processo cirúrgico, onde promove e maximiza a funcionalidade da pessoa, tendo em conta os seus objetivos, com vista à sua reinserção na sociedade. É também competência do EEER elaborar e implementar planos de intervenção que visem a promoção das capacidades das pessoas e as ajudem a adaptar-se nos processos de transição saúde/doença (Regulamento nº 350/2015).

Uma vez que as complicações pós cirúrgicas podem ser consideravelmente reduzidas através da preparação adequada da pessoa no pré-operatório (Dawson, 2003; Zou, Cong, Yu e Wang, 2019), o EEER tem um papel fundamental nesta fase, que inclui o ensino da pessoa acerca de hábitos de vida saudáveis, da importância da nutrição adequada, de técnicas de reabilitação funcional respiratória e das consequências da imobilidade nos sistemas respiratório, circulatório e osteoarticular, destacando a importância da mobilização precoce na sua prevenção, tendo em conta as restrições impostas pela realização da cirurgia (Malcato, 2016).

No pós-operatório, o EEER continua o programa de ER iniciado no pré-operatório e reestrutura-o consoante as necessidades da pessoa com o intuito de restabelecer a sua capacidade e funcionalidade (Malcato, 2016).

Todo o processo cirúrgico pode comportar várias experiências desfavoráveis para a pessoa, como já foi referido anteriormente, nomeadamente ansiedade, dor, diminuição da autonomia e consequente diminuição da qualidade de vida, por exemplo pela necessidade de convalescença mais ou menos prolongada, impedindo ou condicionando a atividade laboral (Ventura e Queirós, 2016; Eccleston, Weels e Morlion, 2018).

Cabe ao EEER mobilizar todos os conhecimentos disponíveis, baseados na evidência, para melhorar a qualidade de vida da pessoa, nomeadamente no controlo da dor e na garantia da obtenção da máxima funcionalidade da pessoa (Regulamento nº 350/2015). Assim, como referem vários estudos, as intervenções não farmacológicas como a massagem terapêutica e a aplicação de bandas neuromusculares surgem como importantes práticas complementares para a promoção do relaxamento, redução

da ansiedade, melhoria da qualidade do sono, redução da dor, melhoria da circulação, promoção do bem estar, melhoria da satisfação da pessoa e da relação enfermeiro-pessoa, imprescindível no estabelecimento de uma relação terapêutica e na implementação de uma programa de ER (Kase, Lemos e Dias, 2013; Garakyarraghi, Givi, Moeini e Eshghinezhad, 2014; Broschius, Spigelmyer e Brechenridge, 2015; Kramlich, 2017; Gunnarsdottir, Vilhjalmsson e Hjaltadottir, 2018; Papathanassoglou et al., 2018)

A massagem terapêutica pode ser definida como uma série de manipulações que englobam movimentos leves ou exercidos com maior pressão, sobre os tecidos moles, com as mãos, através da realização rítmica de movimentos de pressão e estiramento, tendo como objetivo exercer efeitos nos sistemas muscular, vascular e nervoso (Florentino, Sousa, Maiworn, Carvalho e Silva, 2012). Quando a massagem terapêutica é aplicada “estimula os recetores sensoriais, produzindo sensação de (...) bem-estar (...), o estiramento reduz a tensão sobre os músculos e produz relaxamento muscular” (Florentino et al., 2012, p.55), sendo benéfica no alívio da dor e relaxamento muscular e tendo repercussões na melhoria do sono e da qualidade de vida (Sampaio, Moura e Resende, 2005; Garakyarraghi et al., 2014).

A aplicação de bandas neuromusculares (BNM), tem o objetivo de corrigir biomecânicamente articulações e funções musculares; alinhar os tecidos moles; melhorar a circulação dos fluidos orgânicos; otimizar a reparação de lesões tecidulares e aliviar a compressão de tecidos moles e facilitar ou limitar movimentos, para além dos efeitos referidos anteriormente (Kase et al., 2013).

As BNM são bandas de algodão com adesivo termoativo em um dos lados e elasticidade de 40% a 60%, que realizam suporte externo com o intuito de estimular tecidos moles, podendo permanecer 3 a 5 dias e que podem ser utilizadas em conjunto com outras terapias, como a massagem terapêutica (Kase et al., 2013). Previamente à colocação da banda neuromuscular é necessária uma avaliação completa da pessoa, que inclui anamnese e exame físico de forma a perceber que tipo de queixa e/ou lesão apresenta e como a banda deve ser aplicada em função dos achados, nomeadamente a direção e tensão que devem ser aplicadas, sendo a âncora o local onde a banda é inicialmente aplicada (Kase et al., 2013).

Kase et al. (2013) descreve os vários benefícios e objetivos das BNM, dividindo-os em quatro funções, nomeadamente, dérmica, muscular, articular e linfática. Irão ser apenas explanadas as funções que terão sido aplicadas nos estudos de caso desenvolvidos.

Segundo Kase et al., (2013) a função dérmica, que proporciona analgesia tem o seu efeito através da ação sensorial da banda neuromuscular nos mecanorreceptores pelas tensões, descompressões e trações aplicadas. Assim, o estímulo tátil vai proporcionar a ativação dos nervos periféricos, ativando as fibras aferentes e levando à libertação de opióides endógenos a nível do encéfalo e medula espinhal (Kase et al., 2013).

O efeito na função muscular prende-se com os efeitos diretos nos músculos, estimulando determinado músculo ou grupo muscular na realização do movimento, tendo como objetivo reduzir episódios de contraturas, fadiga e lesões musculares através da melhoria da força e do tônus muscular. Esta função é explicada pelo fato da tração da pele proporcionar a melhor comunicação neural com os mecanorreceptores, permitindo que mais unidades musculares sejam recrutadas durante a contração (Kase et al., 2013). A banda neuromuscular pode também ser aplicada em casos de hipertonia, através do relaxamento, sendo que a direção da aplicação da banda neuromuscular será diferente, em função da ação que se pretende (Kase et al., 2013).

Apesar do processo destas funções não estar completamente esclarecido existem já vários estudos que identificam estes benefícios apenas com a aplicação das bandas neuromusculares ou a aplicação destas integradas em planos de reabilitação, podendo verificar-se com a aplicação desta técnica, resultados como a diminuição da dor, aumento da funcionalidade, mobilidade e resistência musculares, obtendo-se melhoria na realização das AVD's (Köroglu, Çolak, e Polat, 2017).

#### **1.4. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

No sentido de fundamentar e explorar conhecimentos na área da enfermagem de reabilitação e dos ganhos sensíveis aos cuidados de ER que podemos obter com a sua realização, foi elaborada uma revisão sistemática da literatura (RSL) com o título, “Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação em um programa de reabilitação às pessoas em processo cirúrgico, com base no modelo de qualidade em saúde”.

A evolução a nível cirúrgico contribuiu para a obtenção de melhores resultados clínicos e consequentemente uma maior sobrevida em situação de neoplasias e doenças do sistema circulatório, acarretando novas necessidades na área da reabilitação destas pessoas pela consequente diminuição da sua autonomia (Ministério da saúde, 2017; WHO, 2017), sendo que, como descrito anteriormente, o EEER tem um papel fundamental na prevenção de complicações e na recuperação da pessoa em processo cirúrgico.

A intervenção do EEER terá visibilidade nos ganhos para a saúde apresentados, ao nível do “número de dias de internamento, da taxa de reinternamento, (das) CPP (complicações pós cirúrgicas) associadas à cirurgia que foram prevenidas (...), da estabilidade hemodinâmica, do controlo da dor, do aumento da capacidade funcional respiratória e motora, da adaptação ao *status* pós-operatório, da capacidade de resposta ao esforço e da capacidade para a realização das AVD’s (...) que interfere com a qualidade de vida” (Malcato, 2016; p.519).

Tal como refere a OE, emerge a necessidade de demonstrar objetivamente estes ganhos, garantindo, desta forma, a qualidade dos cuidados de ER e a efetividade das intervenções individualizadas implementadas, com vista à excelência dos cuidados prestados (Regulamento nº 350/2015).

Assim, surgem os indicadores que se constituem como “marcadores específicos do estado de saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para ganhos de saúde da população” (OE, 2007, p.2). Com indicadores específicos pretende-se mensurar os resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem, que se podem definir como cuidados de enfermagem que se centram nas necessidades das pessoas ou dos grupos, e que se focam em fatores como a experiência, o vasto conhecimento e a organização e que vão ter repercussões no estado funcional, na segurança e na satisfação do cliente (Doran, Sidani, Keatings e Doidge, 2002).

Estes indicadores distribuem-se em três dimensões, segundo Donabedian, que focou a sua pesquisa na área da qualidade nos cuidados de saúde, desenvolvendo um modelo de qualidade em saúde que relaciona três conceitos (dimensões), Estrutura, Processo e Resultados. A “Estrutura” é referente ao espaço onde os serviços de saúde são prestados, aos recursos humanos, materiais e organizacionais, o “Processo” avalia o cuidado e as relações interpessoais e os “Resultados” são referentes às consequências dos cuidados prestados (McDonald et al., 2007).

O objetivo desta RSL é perceber quais os indicadores sensíveis aos cuidados de ER, encontrados nos programas de reabilitação, à pessoa em processo cirúrgico, com base no modelo de qualidade em saúde, que permitem mensurar os ganhos com as intervenções executadas pelos EEER.

## **Metodologia**

Foi realizada uma RSL, que, como refere Pereira e Bachion (2006) traduz-se numa revisão de estudos através de uma abordagem sistemática, com uma metodologia claramente definida, apresentando-se como uma maneira de desenvolver as evidências que sustentem uma “tomada de decisão baseada na evidência”.

Recorreu-se à formulação da pergunta PI(C)O. Quais os indicadores (Resultados) sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (Intervenção) em um programa de reabilitação (Intervenção) em pessoas em processo cirúrgico (População)?

A pesquisa foi realizada no mês de Setembro de 2018, através da base de dados EBSCOHost – Research Databases, da área reservada da Ordem dos Enfermeiros. A partir desta base de dados científica foi possível aceder às seguintes bases de dados: CINAHL, MEDLINE, Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing e Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina, com os descritores, “nursing”, “rehabilitation nursing”, “rehabilitation”, “surgery” e “neurosurgery”, com os descritores booleanos “and” e “or”.

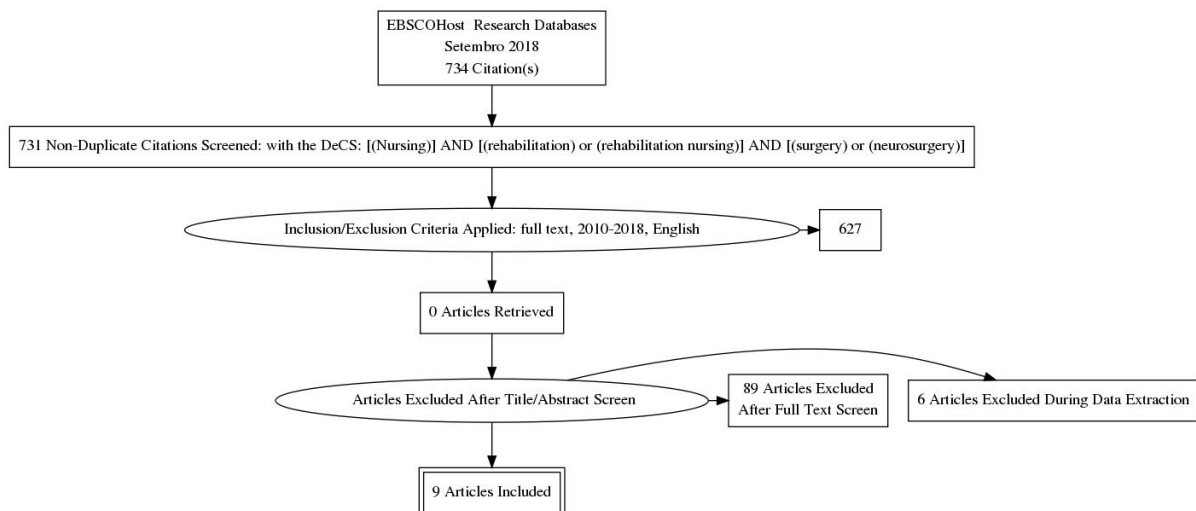
Os descritores foram introduzidos na base de dados referida anteriormente pela seguinte ordem [(Nursing)] AND [(rehabilitation) or (rehabilitation nursing)] AND [(surgery) or (neurosurgery)]. Como critérios de inclusão utilizaram-se o texto integral, no idioma inglês e publicações nos últimos 8 anos (2010-2018). Como participantes foram apenas incluídos adultos, em processo cirúrgico, artigos onde foram aplicados programas de Reabilitação nos diferentes contextos cirúrgicos e com conclusões que apresentassem indicadores sensíveis aos cuidados de reabilitação. Foram excluídos artigos repetidos e com datas anteriores a 2010.

A seleção preliminar dos artigos foi realizada através da leitura do título e resumos. Posteriormente foi realizada a leitura integral dos artigos com o intuito de responder à pergunta PI(C)O previamente estabelecida.

Foi determinada a qualidade metodológica e a confiabilidade dos artigos através da análise crítica dos mesmos, desta forma, recorreu-se ao nível de evidência apresentado, segundo Melnyk, Fineout-Overhold, Stillwell e Williamson (2010) que indicam sete níveis de evidência, nível I (Revisões Sistemáticas da Literatura ou Metanálise), nível II (Estudos Randomizados controlados), nível III (estudo controlado sem Randomização), nível IV (Estudo caso-controle ou estudo de Coorte), nível V (Revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos), nível VI (Estudo qualitativo ou descritivo) e nível VII (Opinião ou consenso) e à avaliação da qualidade metodológica de Briggs, integrando os artigos que satisfaziam mais de 50% dos critérios de qualidade segundo a JBI - QARI Critical Appraisal Tools e JBI – MASTARI Critical Appraisal Tools (Briggs, 2018). Desta forma, foram encontrados 9 artigos.

A figura nº 1 mostra o fluxograma que explicita o trajeto realizado para a determinação dos artigos encontrados.

**Figura nº 1.** Seleção de artigos para a RSL.



## Resultados

O quadro nº 1 expõe, de forma resumida, os resultados dos artigos encontrados e selecionados para a elaboração deste trabalho.

**Quadro nº 1.** Síntese dos artigos analisados.

Título/autores/nível de evidência/participantes	Objetivos	Resultados/Conclusões
<p><b>“Interdisciplinary rehabilitation for a patient with incomplete cervical spinal cord injury and multimorbidity”</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017)</p> <p><b>Metodologia:</b> Qualitativo</p> <p><b>Nível de evidência:</b> VI</p> <p><b>Participantes:</b> homem de 51 anos em recuperação de uma lesão medular incompleta submetido a discotomia e laminectomia cervical.</p>	<p>Descrever a reabilitação interdisciplinar de um tetraplégico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ganhos na autonomia dos autocuidados da pessoa.</li> <li>- Os membros da equipa de Reabilitação de várias especialidades podem desempenhar funções sinérgicas quando trabalham de forma conjunta dentro do contexto de um plano de gestão abrangente atualizado regularmente</li> </ul>
<p><b>“The chaotic journey: recovering from hip fracture in a nursing home”</b> (Killington, Walker e Crotty, 2016).</p> <p><b>Metodologia:</b> Estudo Randomizado controlado.</p> <p><b>Nível de evidência:</b> II</p> <p><b>Participantes:</b> 28 utentes, residentes em Lar, submetidos a artroplastia da anca, suas famílias e equipa de enfermagem do Lar.</p>	<p>Compreender o trajeto dos residentes de Lar após fratura da anca e as perceções sobre o programa de Reabilitação implementado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insatisfação dos familiares dos utentes e equipa de enfermagem da Residência de Idosos quanto aos cuidados do pós-operatório a nível hospitalar;</li> <li>- Fraca transmissão de informação após alta hospitalar;</li> <li>- Dificuldades em gerir as emoções dos residentes submetidos a cirurgia, em gerir a dor e iniciar mobilizações.</li> <li>- Os indicadores de desempenho devem incluir a qualidade da transferência dos doentes, o controlo da dor e o retorno à marcha.</li> </ul>
<p><b>“Early medical rehabilitation after neurosurgical treatment of malignant brain tumors in Slovenia.”</b> (Kos, Kos e Benedicic, 2016)</p> <p><b>Metodologia:</b> Qualitativo</p> <p><b>Nível de evidência:</b> VI</p>	<p>Importância da reabilitação precoce em doentes submetidos a neurocirurgia por tumor cerebral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Com a reabilitação precoce individualizada, muitas vezes, é possível alcançar a independência na mobilidade dos doentes, bem como na realização de tarefas diárias antes de sair do hospital.</li> <li>- Deve ser efetuada uma avaliação mais precisa do estado funcional dos doentes após a conclusão da terapia oncológica para estratificar os doentes que devem ser encaminhados para Reabilitação.</li> <li>- As probabilidades de um bom resultado funcional em doentes com tumores cerebrais malignos podem ser aumentadas com um bom tratamento de reabilitação precoce.</li> </ul>



<p><b>“Physiological effects of early incremental mobilization on a patient with acute intracerebral and intraventricular hemorrhage requiring dual external ventricular drainage”</b> (Kumble, Zink, Burch, Deluzio, Stevens, e Bahouth, 2017)</p> <p><b>Metodologia:</b> Qualitativo</p> <p><b>Nível de evidência:</b> VI</p> <p><b>Participante:</b> doente de 55 anos com hemorragia intracerebral.</p>	<p>Descrever as respostas hemodinâmicas e PIC durante intervenções de mobilidade progressiva, realizadas num doente com duas drenagens ventriculares externas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A mobilização precoce progressiva assistida por dispositivo foi segura neste doente com AVC hemorrágico, quando acompanhado por uma equipa interdisciplinar de profissionais de saúde qualificados.</li> <li>- São necessários mais estudos para obter informações sobre as respostas hemodinâmicas e neurofisiológicas associadas à mobilidade precoce no AVC agudo para identificar subconjuntos de doentes com maior probabilidade de beneficiarem com esta intervenção.</li> </ul>
<p><b>“Efficacy and safety of postoperative early mobilization for chronic subdural hematoma in elderly patients.”</b> (Kurabe, Ozawa, Watanabe e Aiba, 2010)</p> <p><b>Metodologia:</b> estudo caso-controle</p> <p><b>Nível de evidência:</b> IV</p> <p><b>Participantes:</b> 91 (grupo de intervenção) + 91 (grupo de controlo) com mais de 65 anos, intervenções por HSDC entre 2001 e 2008</p>	<p>Avaliar a eficácia e os efeitos adversos da mobilização precoce pós-operatória em doentes idosos com hemorragia subdural crónica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A mobilização precoce após craniotomia com sistema de drenagem previne complicações pós-operatórias sem aumentar o risco de recidiva em doentes com hematoma subdural crónico e com idade igual ou superior a 65 anos de idade.</li> </ul>
<p><b>“Power to the patient: care tracks and empowerment a recipe for improving rehabilitation for hip fracture patients”</b> (Löfgren et al., 2015)</p> <p><b>Metodologia:</b> Estudo Randomizado controlado. Recrutados doentes durante um período de 12 meses, com um grupo de intervenção tratado com um programa de reabilitação pós-operatório individualizado e um grupo controle tratado de forma tradicional, de acordo com as rotinas hospitalares. A avaliação final foi realizada 4 meses após a cirurgia.</p> <p><b>Nível de evidência:</b> II</p> <p><b>Participantes:</b> clientes com fratura da anca com mais de 65 anos: 285 clientes (grupo de intervenção) + 218 (grupo de controle)</p>	<p>Investigar se o <i>empowerment</i> do cliente conjugado com um programa de Reabilitação pós-operatório, projetado individualmente, podem reduzir o tempo de internamento hospitalar e se os utentes têm melhores hipóteses de retomar a vida anterior.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O tempo médio de permanência hospitalar foi de 4 dias a menos no grupo intervenção do que no grupo controle (<math>p = 0,04</math>).</li> <li>- 90% dos clientes do grupo de intervenção retomaram a vida anterior em comparação com 80% no grupo controle (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> <li>- O <i>empowerment</i> do cliente por pessoal de enfermagem treinado com um programa de Reabilitação individualizado pode ser benéfico para ajudar os clientes a ter um internamento hospitalar mais curto e retomar o seu modo de vida anterior.</li> </ul>
<p><b>“Home-Based versus Hospital-Based Rehabilitation Program after Total Knee Replacement”</b> (López-Liria et al., 2015)</p> <p><b>Metodologia:</b> Estudo controlado não Randomizado. Aplicação de um programa de Reabilitação que inclui exercícios para restaurar a força e mobilidade articular e melhorar a capacidade funcional dos utentes.</p> <p><b>Nível de evidência:</b> III</p> <p><b>Participantes:</b> 78 utentes com prótese total do joelho com mais de 60 anos.</p>	<p>Comparar a reabilitação domiciliar com a reabilitação hospitalar padrão em termos de melhoria da mobilidade articular do joelho, recuperação da força e função muscular em utentes após a substituição total do joelho</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Após a intervenção, ambos os grupos mostraram melhoras significativas (<math>P &lt; 0,001</math>) a nível da dor (escala visual analógica), amplitude de movimento de flexão-extensão e força muscular, incapacidade (índices de Barthel e WOMAC), equilíbrio e no andar.</li> <li>- Este estudo revela que os programas de Reabilitação em casa ou no hospital são igualmente eficazes.</li> </ul>

<p><b>“Comprehensive and subacute care interventions improve health-related quality of life for older patients after surgery for hip fracture: A randomised controlled trial ”</b> (Shyu et al., 2013)</p> <p><b>Metodologia:</b> Estudo controlado Randomizado. Executado um programa de cuidados habituais (incluía 1 a 2 sessões de reabilitação), um programa de cuidados subagudos (consulta geriátrica, reabilitação contínua e planeamento da alta) e uma programa de cuidados abrangentes (cuidados subagudos + intervenções de gestão de saúde: controlo de sintomas de depressão, nutrição e prevenção de quedas).</p> <p><b>Nível de evidência:</b> II</p> <p><b>Participantes:</b> 299 utentes idosos com fratura de anca foram randomizados em três grupos: cuidados subagudos (n = 101), cuidados abrangentes (n = 99) e cuidados habituais (n = 99).</p>	<p>Comparar os efeitos de um programa de cuidados abrangentes interdisciplinares com os programas de cuidados subagudos e de cuidados habituais na qualidade de vida relacionada com a saúde, de utentes idosos com fratura da anca.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os participantes do grupo de cuidados abrangentes melhoraram a função física, a saúde geral e a saúde mental relativamente ao grupo de cuidados habituais.</li> <li>- O grupo de cuidados subagudos melhorou a função física e social relativamente o grupo de cuidados habituais.</li> <li>- Os efeitos da intervenção para os cuidados abrangentes e subagudos aumentaram ao longo do tempo.</li> <li>- Programas de cuidados abrangentes e cuidados subagudos podem melhorar os desfechos de saúde de idosos com fratura da anca.</li> </ul>
<p><b>“The effect of prehabilitation on the range of motion and functional outcomes in patients following the total knee or hip arthroplasty: A pilot randomized trial”</b> (Cavill et al., 2016)</p> <p><b>Metodologia:</b> Estudo randomizado controlado. Foi realizada Reabilitação duas vezes por semana durante pelo menos três e no máximo quatro semanas antes da cirurgia, uma hora cada.</p> <p><b>Nível de evidência:</b> II</p> <p><b>Participantes:</b> 74 utentes submetidos a artroplastia.</p>	<p>Investigar o efeito da pré-reabilitação na qualidade de vida e função em utentes com artroplastia total do joelho (PTJ) / artroplastia total da anca (PTA).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O acréscimo de pré-tratamento aos cuidados habituais melhorou significativamente a amplitude de movimento de flexão do joelho no pós-operatório;</li> <li>- Não houve melhorias significativas na função ou benefícios de qualidade de vida.</li> </ul>

## Discussão

Depois de analisar os estudos escolhidos foram identificados 49 indicadores sensíveis aos cuidados de ER à pessoa em processo cirúrgico, presentes em programas de reabilitação.

No quadro nº 2 apresentam-se os principais indicadores (OE, 2018a) identificados, dividindo-os segundo a proposta do modelo de qualidade em saúde de Donabedian em Estrutura, Processo e Resultados (McDonald et al., 2007). A negrito encontram-se os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação e o quadro completo está anexado a este relatório (apêndice I).

**Quadro nº 2.** Principais indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação identificados.

Tipo	Indicador (BI)
<b>Estrutura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentagem de clientes com risco de <b>rigidez articular</b> a quem foi monitorizada a amplitude do movimento articular através do goniómetro (López-Liria et al., 2015; Shyu et al., 2013; Cavill et al., 2016)</li> <li>- Percentagem de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para <b>pôr-se de pé</b> (Killington, Walker e Crotty, 2016; Kos, Kos e Benedicic, 2016; Kumble, Zink, Burch, Deluzio, Stevens, e Bahouth, 2017).</li> <li>- Percentagem de clientes a quem foi aplicada escala para avaliação de força muscular (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; López-Liria et al., 2015). (<b>Movimento muscular</b>)</li> </ul>
<b>Processo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentagem de clientes a quem foi aplicado plano e/ou programa de reabilitação para maximizar as capacidades funcionais (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Killington, Walker e Crotty, 2016; Kos, Kos e Benedicic, 2016; Kumble, Zink, Burch, Deluzio, Stevens, e Bahouth, 2017; Kurabe, Ozawa, Watanabe e Aiba, 2010; Löfgren et al., 2015; López-Liria et al., 2015; Shyu et al., 2013; Cavill et al., 2016). (<b>Promoção da saúde</b>)</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para <b>andar</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Killington, Walker e Crotty, 2016; Kurabe, Ozawa, Watanabe e Aiba, 2010; Shyu et al., 2013; Cavill et al., 2016).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar a capacidade para <b>andar</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Killington, Walker e Crotty, 2016; Kurabe, Ozawa, Watanabe e Aiba, 2010; Shyu et al., 2013; Cavill et al., 2016).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para <b>autocuidado: comer</b> (Kos, Kos e Benedicic, 2016).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para <b>autocuidado: vestuário</b> (Kos, Kos e Benedicic, 2016; Shyu et al., 2013).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnica de <b>equilíbrio corporal</b> (López-Liria et al., 2015; Shyu et al., 2013).</li> </ul>
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Índice de <b>satisfação dos clientes</b> com os cuidados de enfermagem de reabilitação (Shyu et al., 2013; Cavill et al., 2016).</li> <li>- Ganhos em capacidade para executar técnicas de exercícios musculares e articulares (López-Liria et al., 2015; Shyu et al., 2013). (<b>Rigidez articular</b>)</li> <li>- Ganhos em capacidade para <b>andar</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Crotty, Killington, Walker, 2016; Kurabe, Ozawa, Watanabe e Aiba, 2010; López-Liria et al., 2015; Shyu et al., 2013; Cavill et al., 2016).</li> <li>- Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para o <b>autocuidado: ir ao sanitário</b> (Shyu et al., 2013).</li> <li>- Ganhos em capacidade para usar técnica de <b>equilíbrio corporal</b> (López-Liria et al., 2015; Shyu et al., 2013).</li> <li>- Ganhos em melhoria do <b>movimento muscular</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Cruz et al., 2015; Shyu et al., 2013; Cavill et al., 2016).</li> </ul>

Desta forma destacam-se, nas diferentes dimensões, os seguintes indicadores, “*Percentagem de clientes com risco de rigidez articular a quem foi monitorizada a amplitude do movimento articular através do goniómetro*” e “*Percentagem de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para pôr-se de pé*”, na dimensão Estrutura; “*Percentagem de clientes a quem foi aplicado plano e/ou pro-*

*grama de reabilitação para maximizar as capacidades funcionais” e “Porcentagem de clientes com potencial para melhorar a capacidade para andar”, na dimensão Processo e “Ganhos em capacidade para andar” e “Ganhos em melhoria do movimento muscular”, na dimensão Resultados.*

A maioria dos indicadores encontrados são referentes à dimensão Resultados, demonstrando, desta forma, as repercussões das intervenções planeadas e executadas.

O indicador *“Porcentagem de clientes a quem foi aplicado plano e/ou programa de reabilitação para maximizar as capacidades funcionais”* encontrou-se presente em todos os estudos, indo de encontro às competências específicas do EEER, que maximiza a funcionalidade da pessoa, com o intuito de desenvolver as suas capacidades (Regulamento nº 350/2015).

## **Conclusões.**

A excelência dos cuidados apenas pode ser garantida quando os resultados são mensurados e objetivos. A pessoa em processo cirúrgico, nas várias áreas de intervenção (vascular, neurocirúrgica, ortopédica), apresenta ganhos em saúde com a implementação de programas de reabilitação, destacando-se positivamente 49 indicadores sensíveis aos cuidados de ER nos programas executados.

Destaca-se a necessidade da realização de mais estudos que foquem a dimensão estrutura, percebendo, por exemplo, a importância dos recursos materiais e humanos ou da formação dos profissionais na qualidade dos cuidados de saúde prestados, nomeadamente, a nível dos programas de reabilitação implementados, uma vez que todas as dimensões estão interligadas, sendo necessário perceber as repercussões de cada uma na qualidade dos cuidados realizados.

### **1.5. PROPOSTA DE UM MODELO DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA EM PROCESSO CIRÚRGICO**

Um modelo de prática profissional de enfermagem pode definir-se como um quadro concetual que tem como objetivo partilhar, com outros profissionais, a prática de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade realizados, centrada na pessoa alvo dos cuidados (Slatyer et al., 2015). Num modelo de prática profissional de ER devem integrar-se as teorias conhecidas transpondo-as para a prática, orientando o enfermeiro na prestação de cuidados e no relacionamento entre este e a pessoa alvo dos cuidados (Ribeiro, Martins, Tronchin, 2016).

A proposta de modelo de prática profissional de ER exposta tem por base a teoria de enfermagem do défice do autocuidado de Orem (2001), a teoria de médio alcance de Lopes (2006) e o modelo de autocuidado de Fonseca e Lopes (2014), pretendendo demonstrar o trajeto realizado do diagnóstico das necessidades de intervenção da ER na pessoa em processo cirúrgico.

Assim, no sentido de identificar as necessidades da pessoa, como refere Lopes (2006), no processo de avaliação diagnóstica, pretende-se compreender o que a pessoa sabe, o que a preocupa e as capacidades que apresenta. Este processo de avaliação diagnóstica é realizado continuamente e/ou sempre que haja alterações significativas nas necessidades da pessoa, ao longo da execução do programa de ER, permitindo uma reavaliação constante das necessidades da pessoa e/ou cuidador. O processo de intervenção terapêutica, segundo o mesmo autor, diz respeito à execução dos cuidados de enfermagem objetivados na avaliação diagnóstica, sendo dirigidos à pessoa e/ou cuidador, fazendo a ligação entre estes e a organização/comunidade (Lopes, 2006). Esta reavaliação permite também monitorizar os resultados obtidos com a intervenção realizada, tais como o índice de satisfação da pessoa e/ou família, ganhos em capacidade para executar autocuidados e ganhos em conhecimento sobre técnicas e utilização de produtos de apoio, garantido a qualidade da sua execução (OE, 2018a).

Fonseca e Lopes (2014) desenvolveram um modelo em que correspondem as necessidades de cuidados de enfermagem, que podemos identificar no processo de avaliação diagnóstica, com os perfis funcionais, nomeadamente, o autocuidado na atividade<sup>3</sup> aos perfis funcionais não há problema(0-4%)

---

<sup>3</sup> Autocuidado na atividade é referente à capacidade deliberada e autónoma da pessoa em realizar comportamentos que promovam o bem-estar e a saúde (Orem, 2001).

e problema ligeiro (5-24%), o déficit de autocuidado terapêutico moderado<sup>4</sup>, ao perfil funcional problema moderado (25-49%) e o déficit de autocuidado terapêutico grave ou completo<sup>5</sup>, aos perfis funcionais problema grave (50-95%) e problema completo (96-100%).

Por fim, a teoria do déficit do autocuidado de Orem (2001) permite perceber os fatores que influenciam a pessoa na satisfação das suas necessidades nos vários domínios e como a ER pode maximizar as capacidades desta/do cuidador, de forma a garantir a execução de um autocuidado efetivo.

Integrando os conhecimentos anteriores podemos constatar que a definição dos cuidados da pessoa em processo cirúrgico exige um conhecimento sobre as suas necessidades, sejam necessidades universais (como a garantia de uma alimentação e hidratação adequadas ou do desenvolvimento da pessoa na sociedade), necessidades de desenvolvimento (como a garantia de um ambiente que proporcione o desenvolvimento humano a nível da adaptação à nova condição) e/ou necessidades por desvio de saúde (como a garantia de que a pessoa percebe a importância de identificar carências a nível de saúde e/ou as suas incapacidades no sentido de as poder superar ou compensar) (Orem, 2001). Estes requisitos são transversais a todas as pessoas, ao longo do seu ciclo de vida e a todas as situações que dele decorrem, como situações de crise (processo cirúrgico) (Orem, 2001).

Após diagnosticar as necessidades de cuidados de ER da pessoa, com a própria e o cuidador (autocuidado na atividade ou déficit de autocuidado terapêutico moderado ou grave/completo) é elaborado o programa de ER, determinando a intervenção terapêutica.

Assim, quando se determina que a pessoa apresenta autocuidado na atividade significa que, apesar de poder ser independente na execução e tomada de decisão da maioria dos autocuidados, poderá apresentar necessidades de apoio e educação em determinados requisitos de autocuidado (por exemplo, na prevenção de acidentes que ponham em risco a sua integridade). Desta forma, pretende-se educar a pessoa, guiando-a e orientando-a consoante as suas necessidades, promovendo o seu desenvolvimento enquanto pessoa, com o intuito de adaptar-se a novas situações ou condições.

---

<sup>4</sup> O déficit de autocuidado terapêutico moderado é referente às situações em que as necessidades da pessoa superam as suas capacidades, resultando em um déficit no autocuidado onde a pessoa precisará de apoio para a execução dos seus autocuidados (Orem, 2001).

<sup>5</sup> O déficit de autocuidado terapêutico grave ou completo é referente às situações em que as necessidades da pessoa superam as suas capacidades, resultando em um déficit no autocuidado onde a pessoa precisará de apoio muito elevado ou total para a execução dos seus autocuidados (Orem, 2001).

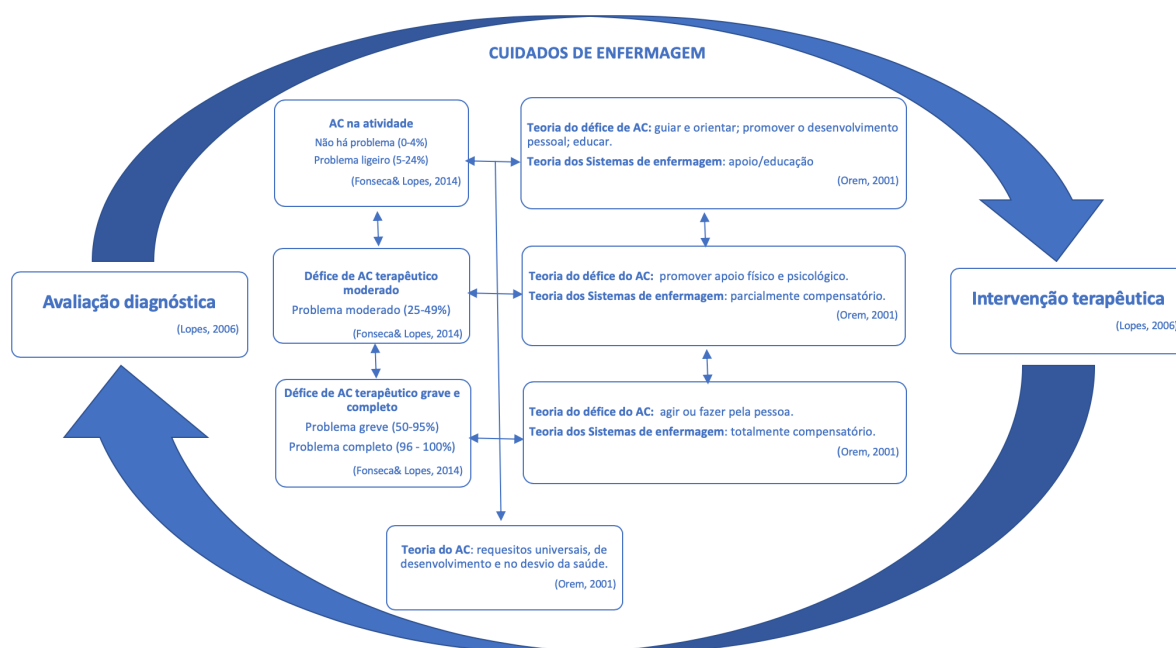
Se a pessoa apresenta déficit de autocuidado terapêutico moderado, necessitará de apoio, pois as suas necessidades superam as capacidades. É, então, assegurado o autocuidado através de uma intervenção terapêutica que promova o apoio físico e psicológico, por exemplo, através de aquisição de produtos de apoio que permitam compensar os défices sentidos e ensino, treino e instrução da utilização desses produtos, promovendo a participação do cuidador na assistência aos cuidados da pessoa garantindo, por um lado a continuação dos cuidados no domicílio e por outro o apoio psicológico da pessoa alvo dos cuidados.

Quando a pessoa apresenta déficit de autocuidado grave ou completo poderá necessitar de compensação total na execução dos seus autocuidados e dos seus requisitos, podendo o enfermeiro de reabilitação ter que substituir a pessoa na aquisição ou manutenção da funcionalidade e na satisfação da maioria dos autocuidados ou na sua totalidade. Por exemplo, se a pessoa apresenta paraparesia dos membros inferiores poderá necessitar de apoio total na transferência.

O modelo proposto é dinâmico, pretendendo-se progredir nas intervenções terapêuticas no sentido de atingir o autocuidado na atividade e podendo integrar as várias intervenções nas diferentes necessidades de cuidados (autocuidado na atividade e déficit de autocuidado terapêutico moderado e grave/completo), sendo multidirecional, consoante as necessidades avaliadas ou reavaliadas. Por exemplo, tendo em conta o exemplo anterior (pessoa paraparética), apesar de a pessoa necessitar de compensação total na transferência, poderão ser negociadas com ela a realização de intervenções terapêuticas que compensem este déficit, tais como, aquisição de tábua de transferência e ensinamentos, treino e instrução sobre a sua utilização, podendo integrar o cuidador neste processo.

No sentido de promover a melhor visualização do modelo proposto, este encontra-se esquematizado na figura 2, uma vez que, a maioria dos modelos de prática profissional de enfermagem integram um modelo visual (Stallings-Welden e Shirey, 2015).

**Figura nº 2.** Proposta de um modelo de prática profissional de enfermagem de reabilitação.



## 1.6. METODOLOGIA

O estudo apresentado é descritivo e exploratório, tendo por base a metodologia qualitativa do estudo de caso (método de estudos de caso múltiplos) de Yin (2015) e a teoria de médio alcance de Lopes (2006) baseada na teoria de enfermagem do déficite do autocuidado de Orem (2001).

Yin (2015) define estudo de caso como uma investigação empírica que estuda um fenómeno contemporâneo no seu contexto real. Desta forma, o método de investigação qualitativo (onde se integra o estudo de caso) permite compreender as relações complexas que se estabelecem na vida real (Meirinhos e Osório, 2010), adequando-se a este estudo na medida em que este se debruça sobre o complexo processo cirúrgico e a pessoas com os seus contextos singulares, é também subjetivo no sentido em que a perceção dos ganhos obtidos com a execução de programas de reabilitação pode ser sentida tanto pela pessoa/família como sentida e avaliada pelos enfermeiros. Com este método pretende-se construir conhecimento, visando a concentração no todo para compreender o fenómeno na globali-

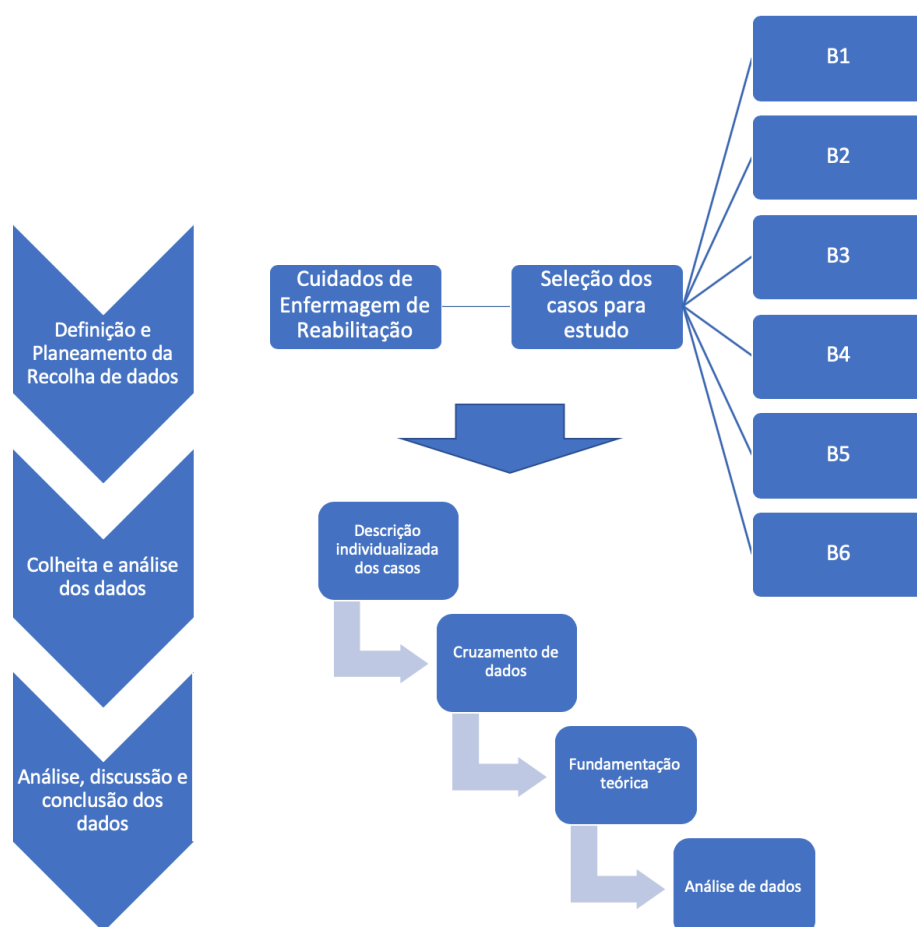


dade (Stake, 2009). Assim o estudo de caso pode ser holístico (Yin, 2015) e com possibilidade de permitir a generalização de resultados em outros casos semelhantes (Stake, 2009), principalmente em estudos de caso múltiplos (Yin, 2015).

Yin (2015) preconiza que se estabeleça primeiramente um projeto do estudo. Neste trabalho de casos múltiplos relacionam-se os dados empíricos com as questões de pesquisa do estudo conduzindo a pesquisa através da colheita, análise e interpretação das observações. A questão de investigação definida neste estudo foi identificar os ganhos sensíveis aos cuidados de ER (o quê) na pessoa em processo cirúrgico (a quem) em meio hospitalar (neste estudo neurocirurgia) (onde) após implementação de um plano estruturado de intervenção de ER (como). A utilização desta metodologia (estudos de caso múltiplos) permite explorar dados objetivos e subjetivos, como análise de documentos, entrevista, análises quantitativas de dados compilados e a recolha de notas de campo (Yin, 2015).

Seguindo a metodologia de Yin (2015) foram definidos e planeados os objetivos do trabalho, de forma a sistematizar os procedimentos escolhidos, sendo escolhidos os estudos de caso que integram o trabalho, realizada a preparação e a colheita de dados e posteriormente feita a análise e conclusão decorrente desses achados. O método de estudos de casos múltiplos encontra-se resumido na figura nº 3.

**Figura nº 3.** Metodologia de estudos de casos múltiplos de Yin (2015).



Os subcapítulos subsequentes irão explicar as fases da metodologia de Yin (2015) executadas, nomeadamente, o planeamento do estudo (colheita de dados, participantes do estudo e considerações éticas), os resultados (realizada uma descrição dos estudos de caso individualmente) e a discussão (realizado o cruzamento de dados, entre os achados e a teoria).

A teoria de médio alcance de Lopes (2006) e o modelo de autocuidados de Fonseca e Lopes (2014) complementam o estudo ajudando a perceber a importância da relação estabelecida com a pessoa alvo dos cuidados e a avaliação dos défices no autocuidado identificáveis e mensuráveis, que permitam traçar a intervenção terapêutica de enfermagem e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem que as intervenções de ER trazem.

Tal como preconiza Lopes (2006), no processo de estabelecimento de uma relação terapêutica, designado de processo de relação, que possibilita o desenvolvimento da confiança da pessoa/família em

relação ao enfermeiro e aos cuidados prestados e técnicas demonstradas e executadas, é efetuado um processo de avaliação diagnóstica e um processo de intervenção terapêutica de enfermagem. No processo de avaliação diagnóstica da situação teve-se em conta as perspetivas vivenciais da pessoa, identificando-se o conhecimento desta e do que carece, de acordo com as suas capacidades. No processo de intervenção terapêutica de enfermagem englobaram-se as intervenções de enfermagem propriamente ditas das quais fizeram parte a gestão de informação e de sentimentos, assim como a conexão das pessoas com o grupo e a organização (Lopes, 2006).

### **1.6.1. Colheita de dados**

A colheita de dados é executada através da interação e observação da pessoa, tendo em conta o comportamento, atitude e perceções de cada indivíduo (Yin, 2015) e através da recolha de dados objetivos retirados da avaliação física, notas de campo, registos do processo do cliente e exames complementares de diagnóstico (EAD) pertinentes. Neste sentido, foi criada uma folha de observação que se encontra no apêndice II e que foi adaptada da dissertação de mestrado de Carretas e Fonseca (2018).

Foram também aplicados os instrumentos de recolha de dados Erderly Nursing Core Set (ENCS) (Fonseca e Lopes, 2014) e a Medida de Independência Funcional (MIF) (DGS, 2011) em três ocasiões, na avaliação inicial, sensivelmente 72 horas depois e na alta do serviço com o objetivo de mensurar o progresso da pessoa e a correspondente intervenção de reabilitação executada.

Os instrumentos utilizados (ENCS e MIF) utilizam linguagem CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) que é padronizada e permite descrever os domínios da saúde e estados de saúde (DGS, 2004). Entende-se funcionalidade como o conjunto de funções do corpo (funções fisiológicas dos sistemas orgânicos), atividades (realização de tarefas) e participação (envolvimento do indivíduo na vida diária) (DGS, 2004).

Os objetivos da CIF prendem-se com conferir uma base científica que possibilite o entendimento e estudo da saúde; promover uma linguagem universal, no sentido de unificar a linguagem entre os profissionais de saúde, investigadores, gestores e a população, permitindo a comparação de dados entre

países e promover um sistema de codificação padronizado que possa ser aplicado a sistemas de informação (DGS, 2004).

O instrumento ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) foi escolhido por conter indicadores sensíveis aos cuidados de ER, tendo como objetivos, avaliar a funcionalidade da pessoa, as necessidades de enfermagem em vários contextos de cuidados e avaliar os resultados da aplicação de um programa de reabilitação.

Este instrumento avalia as dimensões, autocuidados, aprendizagem e funções mentais, comunicação, relação com amigos e familiares, dor, funções do aparelho respiratório, funções do aparelho cardiovascular e estruturas da pele e traduz resultados através de uma escala Likert com 5 pontos, nomeadamente, Não há problema (0-4%); Problema ligeiro (5-24%); Problema moderado (25-49%); Problema grave (50-95%) e Problema completo (96-100%) (Fonseca e Lopes, 2014). O ENCS apresenta uma excelente fiabilidade (alpha global de Cronbach de 0.950) e uma variância total explicada de 66.46% kaiser-meyer-olkin (KMO)=0.923 traduzindo-se em uma elevada correlação inter-itens da escala (Fonseca e Lopes, 2014).

Os conceitos incluídos no instrumento de avaliação ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) integram códigos como o “autocuidado” que integra doze códigos (beber e comer, utilização da mão e do braço, lavar-se, vestir-se, cuidar de partes do corpo, andar, deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, realizar a rotina diária, manter a posição do corpo, mudar a posição básica do corpo, cuidados relacionados com os processos de excreção); a “aprendizagem e funções mentais” que integra seis códigos (funções emocionais, da orientação, da atenção, da memória, da consciência, cognitivas de nível superior); a “comunicação” que integra quatro códigos (falar, conversar, comunicar e receber mensagens orais e relacionamentos familiares) e a “relação com amigos e cuidadores” que é constituído por três códigos (prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais, profissionais de saúde e amigos) (Fonseca e Lopes, 2014).

A MIF é um instrumento de avaliação funcional, que avalia a dependência ou independência funcional do indivíduo, permitindo quantificar as necessidades de intervenção do enfermeiro na execução dos autocuidados/desempenho da pessoa e mensurar os resultados das intervenções de enfermagem executadas (DGS, 2011).

Este instrumento é fiável e válido para a população portuguesa e apresenta 18 itens que se dividem por 6 domínios de domínio motor (autocuidados, controle de esfíncteres, mobilidade e locomoção)

e de predomínio cognitivo (comunicação e cognição social), sendo cada item pontuado de 1 a 7 pontos, consoante o grau de dependência (DGS, 2011). De acordo com a pontuação total obtida, a MIF total pode ser dividida consoante os pontos obtidos em 18 pontos (dependência completa); 19 a 60 pontos (dependência modificada com assistência até 50% da tarefa); 61 a 103 pontos (dependência modificada com assistência até 25% da tarefa); 104 a 126 pontos (independência completa/modificada) (Lall, Irfan, Jayavelu e Saxena, 2017). Desta forma, quanto menor é a pontuação, maior é a dependência apresentada pela pessoa.

### 1.6.2. Participantes do estudo

Fazem parte do estudo pessoas adultas, internados no serviço de neurocirurgia, em processo cirúrgico, com alterações da funcionalidade, com défices de autocuidados e necessidade de intervenções de ER, tendo sido selecionados 6 utentes com as características descritas anteriormente, tratando-se, portanto, de uma amostragem intencional, onde o investigador conhece a população e as suas características (Haber, 2001).

Assim, realizou-se uma caracterização sociodemográfica dos participantes escolhidos, que é apresentada no quadro nº 3.

No sentido de salvaguardar a privacidade das pessoas, foram utilizadas letras e números para as identificar (B1, B2, B3, B4, B5, B6).

**Quadro nº 3.** Caracterização sociodemográfica dos participantes.

Estudos de caso	Idade	Género	Nacionalidade	Estado civil	Agregado familiar	Nível de escolaridade	Emprego
B1	70 anos	Masculino	Portuguesa	Casado	Vive com a esposa (tem 2 filhas)	4ª classe	Reformado (era trabalhador rural)
B2	71 anos	Masculino	Portuguesa	Casado	Vive esposa (tem 2 filhas)	7º ano	Reformado (era operário)

B3	58 anos	Masculino	Portuguesa	Casado	Vive com esposa e filho	Ensino Superior e Especialidade	Procurador
B4	60 anos	Feminino	Moçambicana	Viúva	Vive com filho e nora	Ensino superior	Professora
B5	37 anos	Masculino	Portuguesa	Casado	Vive com esposa	Ensino superior	Operário
B6	43 anos	Masculino	Cabo-verdiano	Solteiro	Vive só	Ensino básico	Operário construção civil

Através da análise sociodemográfica, avaliamos a média de idades em 56,5 anos. A população é maioritariamente portuguesa e do sexo masculino, sendo alfabetizados e maioritariamente trabalhadores no ativo.

### 1.6.3. Considerações éticas

Para garantir os princípios fundamentais de dignidade e liberdade, igualdade, verdade e justiça, solidariedade, excelência dos cuidados e ética profissional e dos deveres deontológicos inerentes à profissão de enfermagem ao longo da projeção e desenvolvimento do relatório (OE, 2015), foram identificadas situações passíveis de comprometer a ética na execução do projeto, sendo discernidas questões prováveis nesta área que pudessem surgir nas várias etapas do mesmo, assim como foi garantido que não houvesse qualquer incumprimento legal ou ofensa moral. Também os princípios éticos referentes à investigação em Enfermagem foram assegurados, nomeadamente, a confidencialidade, a veracidade, a avaliação da maleficência, a fidelidade, a justiça e a beneficência (Nunes, 2013).

O projeto de estágio, que se encontra em apêndice III, foi sujeito à comissão de ética do HGO e aprovada a sua execução (anexo II).

No decorrer da instituição do projeto, este foi inicialmente exposto aos participantes e/ou familiares destes, de forma a garantir o seu consentimento para a participação no projeto, tendo sido explicados os objetivos do mesmo, garantida a confidencialidade e o direito de desistir em qualquer momento da sua execução, sendo assinado, por ambas as partes (mestranda e participante/familiar do participante) um consentimento informado (Apêndice IV), de forma esclarecida e livre (DGS, 2013).

A confidencialidade e privacidade dos dados e dos participantes foram garantidas através da codificação dos mesmos (tratamento dos dados de forma anónima e codificação apenas conhecida pela

mestranda), sendo procedida à destruição das fontes de obtenção de dados e registos, assim que o relatório seja apresentado.

No sentido de assegurar os valores referidos foi criado um código de forma a que a identificação dos participantes não seja obtida, nem na descrição dos mesmos, nem na apresentação dos dados dos instrumentos de colheita. Para este efeito, não foram utilizadas iniciais de nomes, datas de nascimento ou outros números de identificação dos participantes.

O estudo não comportou custos adicionais para o hospital onde se realizou.

## **1.7. RESULTADOS**

Seguindo a metodologia de Yin (2015), que preconiza a realização de uma descrição e reflexão do estudo de caso, são apresentados seguidamente os estudos de caso desenvolvidos.

Durante a exposição dos resultados serão apresentados os dados das escalas aplicadas, significativos, para a realização do plano de reabilitação funcional de cada estudo de caso, nomeadamente a Escala de coma de Glasgow (National Association of Emergency Medical Technicians Organization [NAEMT], 2007), Escala de avaliação de força de Lower (Menoita, 2012), Escala numérica da dor (DGS, 2003), Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) (OE, 2016) e a Escala de Borg modificada (OE, 2016).

A Escala de Coma de Glasgow (NAEMT, 2007) avalia três parâmetros, a abertura ocular, a resposta verbal e a resposta motora. A pontuação 15 é a mais alta e a 3 a mais baixa, sendo que quanto mais baixa é a pontuação maior é a gravidade.

A Escala de força de Lower (Menoita, 2012), avalia os graus de força demonstrados pela pessoa, utilizando a resistência do profissional que avalia, sendo que, o grau 5/5 corresponde ao movimento normal contra a gravidade e a resistência, o grau 4/5 corresponde à elevação do membro contra a gravidade, com alguma resistência, o grau 3/5 corresponde à elevação do membro contra a gravidade, mas não contra a resistência, no grau 2/5 a pessoa consegue mover o braço na base da cama, mas não tem movimento contra a gravidade nem contra a resistência, no grau 1/5 palpa-se e observa-se contração muscular, sem movimento e no grau 0/5 não existe contração muscular nem movimento.

A Escala numérica da dor (DGS, 2003) é avaliada através de uma régua numerada de 0 a 10, que é mostrada à pessoa para que ela faça equivalência entre o seu grau de dor e a classificação numérica (0 equivale a “sem dor” e 10 à “dor máxima” possível).

A EEB (OE, 2016) avalia equilíbrio funcional através de 14 tarefas com diferentes graus de dificuldade, sendo as 5 alternativas de cada pergunta classificadas de 0 a 4. Os scores das pontuações finais representam diminuição do equilíbrio e elevado risco de queda (de 0 a 20), equilíbrio aceitável e médio risco de queda (de 21 a 40) e bom equilíbrio e baixo risco de queda (de 41 a 56).

A Escala de Borg modificada (OE, 2016) permite avaliar o grau de dispneia percebida, no sentido de perceber os limites seguros para a execução de atividades. A escala apresenta 10 pontos, em que a sensação de dispneia se associa a uma descrição sobre a intensidade desta no momento em a pessoa executa determinada da tarefa. Nesta escala, 0 corresponde a “nenhuma falta de ar” e 10 à “falta de ar máxima”.

## **Estudo de caso B1**

Utente do sexo masculino com 70 anos, leucodérmico, vive com a esposa, sendo previamente independente na realização dos seus autocuidados. Tem antecedentes de Hipertensão Arterial (HTA), dislipidemia e Síndrome lipomatosa múltipla. Por iniciar quadro de diminuição da força dos dedos das mãos e parestesias, após realização de EAD, foi internado no serviço de neurocirurgia. Realizada discectomia C4-C5, com remoção de hérnia discal e por agravamento dos défices motores, foi posteriormente realizada laminectomia bilateral de C4 a C6 e artrodese C4-C5.

Na avaliação inicial, no primeiro dia de pós-operatório, utente vígil, calmo e orientado no espaço e pessoa, com lapsos esporádicos relativos à orientação no tempo, score 15 na escala de Glasgow, períodos de labilidade emocional associados ao sentimento de dependência. No exame físico/avaliação do utente, apresenta, tetraparesia de predomínio esquerdo, com força de grau 2/5 no membro superior e inferior esquerdos; força grau 4/5 no membro inferior direito e força grau 3/5 no membro superior direito. Diminuição da sensibilidade de três dedos da mão esquerda com motricidade fina compromete-



tida nas duas mãos, diminuição da sensibilidade profunda do membro inferior direito e descoordenação do hemicorpo direito, com dismetria no índice dedo-nariz. Tendencialmente hipertenso. Apirético. Queixas algícas esporádicas na região cervical. Tem visitas frequente da esposa e filha.

Iniciado programa de ER funcional respiratória e funcional motora.

Aplicados instrumentos ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e MIF (DGS, 2011), apresentados nos quadros nº 4 e nº 5.

**Quadro nº 4.** ENCS aplicado ao estudo de caso B1.

ENCS	1ª Avaliação (diagnóstica)	Após intervenção de ER	Avaliação final
Score geral de Funcionalidade	Problema Grave (51%)	Problema Moderado (44%)	Problema ligeiro (14%)
Autocuidado	Problema Grave (94%)	Problema Grave (81%)	Problema moderado (38%)
Aprendizagem e funções da memória	Problema Ligeiro (17%)	Problema Ligeiro (13%)	Não há Problema (0%)
Comunicação	Problema Moderado (25%)	Problema Ligeiro (6%)	Não há Problema (0%)
Relação com os amigos e cuidadores	Problema Moderado (33%)	Problema Moderado (33%)	Problema ligeiro (6%)

**Quadro nº 5.** MIF aplicada ao estudo de caso B1.

Avaliações	1ª avaliação (diagnóstica)	Após intervenção de ER	Avaliação final
Autocuidados	6	9	30
Controlo dos esfíncteres	2	8	12
Mobilidade	3	3	12
Locomoção	2	2	7
Comunicação	13	13	14
Consciência do mundo exterior	15	15	17
Total	41	50	92

Aquando da transferência para o hospital de residência, utente apresenta força grau 4/5 nos membros, mantendo diminuição da sensibilidade profunda do pé direito e descoordenação melhorada no índice dedo-nariz, manteve também alterações da motricidade fina em ambas as mãos.

Apresentou uma melhoria significativa do score geral de funcionalidade e em todas as dimensões avaliadas, nomeadamente a nível dos autocuidados, onde apresentou um aumento de 56% na escala ENCS (Fonseca e Lopes, 2014), passando de um *“Problema Grave”* para um *“Problema moderado”*, sendo esta melhoria corroborada pela MIF, onde verificamos uma melhoria de *“dependência modificada com assistência até 50% da tarefa”* para *“dependência modificada com assistência até 25% da tarefa”*.

## **Estudo de caso B2**

Utente do sexo masculino, 71 anos, leucodérmico, vive com a esposa, sendo previamente independente nos autocuidados. Tem antecedentes pessoais de HTA e Diabetes Mellitus tipo II (DMII). Por queda da própria altura com traumatismo cervical é transferido para o serviço de neurocirurgia após realização de EAD.

Na avaliação inicial, período pré-operatório, utente vígil, calmo e orientado no espaço e pessoa, com lapsos esporádicos relativos à orientação no tempo, score 15 na escala de Glasgow, períodos de labilidade emocional, com humor deprimido, associados a períodos de dor intensa (Escala numérica da dor entre 7 e 9, variando ao longo do dia) e permanência em meio hospitalar (10 dias). No exame físico/avaliação da pessoa, esta apresenta força grau 4 na mão esquerda, com alteração da motricidade fina, com força e sensibilidade mantidas nos restantes membros. Apresenta diminuição do equilíbrio e elevado risco de queda (EEB = 15).

Tem visitas diárias da esposa e filha que prestam cuidados necessários quando presentes.

Iniciado programa de ER funcional respiratória e funcional motora.

Durante o internamento a dor era, frequente, intensa e incapacitante (Escala numérica da dor = 8/9), com necessidade de analgesia frequente, com pouco efeito e alguma melhoria quando assistido a mudar de posição. Neste sentido foi realizada massagem terapêutica e aplicadas BNM na região cervical (trapézio), com melhoria significativa dos sintomas (Escala numérica da dor = 3), possibilitando treino de marcha.

Foi submetido a artrodese de C5-C6 e continuado programa de ER funcional.

Aplicados instrumentos ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e MIF (DGS, 2011) e identificados focos de enfermagem com necessidade de intervenção, apresentados nos quadros nº 6 e nº 7 respetivamente.

**Quadro nº 6.** ENCS aplicado ao estudo de caso B2.

ENCS	1ª Avaliação (diagnóstica)	Após intervenção de ER	Avaliação final
Score geral de Funcionalidade	Problema Moderado (43%)	Problema Ligeiro (18%)	Problema Ligeiro (6%)
Autocuidado	Problema Completo (96%)	Problema Moderado (46%)	Problema Ligeiro (15%)
Aprendizagem e funções da memória	Problema Ligeiro (12%)	Não há Problema (4%)	Não há Problema (0%)
Comunicação	Não há Problema (0%)	Não há Problema (0%)	Não há Problema (0%)
Relação com os amigos e cuidadores	Problema Ligeiro (6%)	Não há Problema (0%)	Não há Problema (0%)
Função dor	Problema Completo (100%)	Problema Grave (50%)	Problema Moderado (25%)

**Quadro nº7.** MIF aplicada ao estudo de caso B2.

Avaliações	1ª avaliação	Após intervenção de ER	Avaliação final
Autocuidados	6	16	38
Controlo dos esfíncteres	2	10	14
Mobilidade	3	6	15
Locomoção	2	3	12
Comunicação	14	14	14
Consciência do mundo exterior	15	18	20
Total	42	67	113

Utente apresentava-se, no momento de alta, em que foi transferido para o hospital da área de residência, eutímico, com força mantida nos membros, dor controlada (Escala numérica da dor = 3, pontual, sem necessidade de analgesia), com equilíbrio aceitável e médio risco de queda (EEB = 36).

Apresentou uma melhoria significativa do score geral de funcionalidade e em todas as dimensões avaliadas, nomeadamente a nível dos autocuidados em que apresentou um aumento de 81% na escala ENCS (Fonseca e Lopes, 2014). A nível dos autocuidados verificou-se a passagem de um *“Problema completo”* para *“Problema ligeiro”*, o que também foi verificado na MIF (DGS, 2011) com a passagem de uma *“dependência modificada com assistência até 50% da tarefa”* para uma *“independência modificada”*.

Também a nível da dor podemos constatar que inicialmente havia de um *“problema completo”* (100%) e na avaliação final um *“problema moderado”* (25%).

### **Estudo de caso B3**

Utente do sexo masculino, 58 anos, leucodérmico, vive com a esposa, sendo previamente independente nos autocuidados. Tem antecedentes pessoais de nefrectomia unilateral. Após quadro de lombalgia com vários meses de evolução sem alterações na Ressonância magnética (RMN), iniciou quadro de diminuição da força do membro inferior direito, tendo, após realização de RMN cervico-dorsal, sido transferido para o serviço de neurocirurgia por lesão expansiva medular de C7 a D5. Realizada laminectomia C7 a D5 com exérese de empiema cervico-dorsal e alta clínica para centro de Reabilitação, tendo sido novamente internado passado uma semana, após alta, por dor cervico-dorsal com rubor local e coleção dorsal, tendo sido colocada drenagem lombar.

Na avaliação inicial, no terceiro dia de internamento, utente vígil, calmo e orientado no tempo, espaço e pessoa, score 15 na escala de Glasgow, períodos de labilidade emocional associado ao rein-ternamento. Apresenta força grau 3/5 no membro inferior direito, com descoordenação motora deste membro, mantendo força 5/5 nos restantes membros.

Visita diária da esposa que presta todo o apoio necessário.

Inicia programa de ER funcional respiratória e funcional motora.

Aplicados instrumentos ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e MIF (DGS, 2011) e identificados focos de enfermagem com necessidade de intervenção, apresentados nos quadros nº 8 e nº 9 respetivamente:

**Quadro nº 8.** ENCS aplicada ao estudo de caso B3.

ENCS	1ª Avaliação (diagnóstica)	Após intervenção de ER	Avaliação final
Score geral de Funcionalidade	Problema Moderado (29%)	Problema Ligeiro (16%)	Problema Ligeiro (11%)
Autocuidado	Problema Grave (69%)	Problema Moderado (40%)	Problema Moderado (29%)
Aprendizagem e funções da memória	Não há Problema (4%)	Não há Problema (0%)	Não há Problema (0%)
Comunicação	Não há Problema (0%)	Não há Problema (0%)	Não há Problema (0%)
Relação com os amigos e cuidadores	Não há Problema (0%)	Não há Problema (0%)	Não há Problema (0%)

**Quadro nº 9.** MIF aplicada ao estudo de caso B3.

Avaliações	1ª avaliação	Após intervenção de ER	Avaliação final
Autocuidados	13	27	34
Controlo dos esfíncteres	6	11	12
Mobilidade	3	9	12
Locomoção	2	4	5
Comunicação	14	14	14
Consciência do mundo exterior	15	17	17
Total	53	82	94

Tem alta para centro de Reabilitação com os mesmos défices motores.

Apresentou uma melhoria significativa do score geral de funcionalidade e em todas as dimensões avaliadas, nomeadamente a nível dos autocuidados, com um aumento de 40% nesta dimensão, verificando-se a passagem de um “*Problema Grave*” para um “*Problema moderado*” segundo a ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e de uma “*dependência modificada com assistência até 50% da tarefa*” para uma “*dependência modificada com assistência até 25% da tarefa*” segundo a MIF (DGS, 2011).

## Estudo de caso B4

Utente sexo feminino, 60 anos, melanodérmica, viúva, vive com o filho, sendo previamente independente nos autocuidados. Tem antecedentes pessoais de HTA, dislipidemia, doença cerebrovascular e convulsão tónico clónica medicada. Iniciou quadro de convulsão tónico-clónica generalizada, tendo realizado TAC crânio-encefálico, com sugestão de AVC isquémico da região fronto-insular e temporal esquerda e RM crânio-encefálica com tumor cerebral benigno na mesma região. Realizada craniotomia fronto-temporo-parietal esquerda com ressecção da Lesão Ocupante de Espaço (LOE).

Na avaliação inicial, ao terceiro dia de pós-operatório, utente encontra-se vígil, calma e orientada no espaço e pessoa, com lapsos esporádicos relativos à orientação no tempo, score 13 na escala de Glasgow, apresentando afasia anómica, com discurso fluente, repetição e compreensão mantidas, cumpre ordens simples e complexas. Apresenta hemiparesia facial central, disfagia para líquidos, hemiparesia do membro superior direito com força grau 1/5 e hemiparesia do membro inferior direito com força de grau 3/5, tendo força mantida no hemicorpo esquerdo. Tem visitas frequentes do filho e nora.

Inicia programa de ER funcional respiratória e funcional motora, tendo sido realizada massagem terapêutica e aplicação de BNM no membro superior direito.

Aplicados instrumentos ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e MIF (DGS, 2011) e identificados focos de enfermagem com necessidade de intervenção, apresentados nos quadros nº 10 e nº 11 respetivamente.

### Quadro nº 10. ENCS aplicada ao estudo de caso B4.

ENCS	1ª Avaliação (diagnóstica)	Após intervenção de ER	Avaliação final
Score geral de Funcionalidade	Problema grave (54%)	Problema Moderado (26%)	Problema Ligeiro (16%)
Autocuidado	Problema Completo (98%)	Problema Grave (54%)	Problema Moderado (33%)
Aprendizagem e funções da memória	Problema Moderado (29%)	Não há Problema (0%)	Não há Problema (0%)
Comunicação	Problema Moderado (25%)	Problema Ligeiro (6%)	Problema Ligeiro (6%)
Relação com os amigos e cuidadores	Problema Moderado (38%)	Problema Ligeiro (6%)	Problema Ligeiro (6%)

**Quadro nº 11.** MIF aplicada ao estudo de caso B4.

Avaliações	1ª avaliação	Após intervenção de ER	Avaliação final
Autocuidados	6	22	29
Controlo dos esfíncteres	4	14	14
Mobilidade	3	9	15
Locomoção	2	5	9
Comunicação	9	12	12
Consciência do mundo exterior	7	13	18
Total	31	75	97

Tem alta para domicílio, com discurso com algumas pausas, mas melhorado, com hemiparesia do hemicorpo direito de predomínio braquial, com força de grau 3/5 no membro superior direito, de predomínio distal, com alterações na motricidade fina e força grau 4/5 no membro inferior direito.

Apresentou uma melhoria significativa do score geral de funcionalidade e em todas as dimensões avaliadas, segundo o instrumento ENCS (Fonseca e Lopes, 2014), nomeadamente a nível dos autocuidados tendo-se verificado a passagem de um *“Problema completo”* com comprometimento da execução de autocuidados de 98% para um *“Problema moderado”* com comprometimento de 33% na execução dos autocuidados, resultando num ganho de 65% neste domínio, dados corroborados pela avaliação na MIF (DGS, 2011), verificando-se a passagem de uma *“dependência modificada com assistência até 50% da tarefa”* para uma *“dependência modificada com assistência até 25% da tarefa”*.

## **Estudo de caso B5**

Utente do sexo masculino, 37 anos, leucodérmico, vive com a esposa, sendo previamente independente nos autocuidados. Tem antecedentes pessoais de sarcoma de Ewing na L1, tendo sido submetido a radioterapia e quimioterapia. Iniciou quadro de dor lombar intensa, tendo realizado TAC e RM com fratura de L1, apresentando extensão do sarcoma de Ewing a D12 e L2. É internado para cirurgia

eletiva, tendo sido submetido a exérese do tumor vertebral (L1), corpectomia dorsolumbar e posteriormente instrumentação D9 a L5. Teve como intercorrência um derrame pleural direito com drenagem torácica, tendo permanecido, na unidade de cuidados intermédios, em repouso, durante 13 dias.

Na avaliação inicial, no quinto dia de pós-operatório, sem drenagem torácica, utente vígil, calmo e orientado no tempo, espaço e pessoa, score 15 na escala de Glasgow, humor deprimido, eupneico, sem necessidade de aporte de oxigênio, sem dispneia em repouso (score 0 na escala de Borg modificada), apresentando frequências respiratórias regulares de 17 ciclos por minuto, com padrão respiratório abdominal e movimentos respiratórios superficiais e simétricos. À auscultação apresenta murmúrios vesicais mantidos bilateralmente, com ligeira diminuição da base direita. Oximetrias digitais razoáveis entre 95% e 96%. Tendencialmente hipotenso. Refere lombalgia moderada a intensa quando executa movimento, com necessidade frequente de analgesia, com pouco efeito, tendo sido realizada massagem terapêutica e aplicação de BNM, na região lombar, com diminuição da dor de grau 7 para grau 2 (Escala numérica da dor). Apresenta força mantida nos membros, mas dispneia funcional em grau moderado no treino de marcha (score 3 na escala de Borg modificada). Tem visitas frequentes da esposa, que o acompanha sempre que possível.

Realizado programa de ER funcional respiratória e funcional motora.

Aplicados instrumentos ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e MIF (DGS, 2011) e identificados focos de enfermagem com necessidade de intervenção, apresentados nos quadros nº 12 e nº 13 respetivamente.

**Quadro nº 12.** ENCS aplicada ao estudo de caso B5.

ENCS	1ª Avaliação (diagnóstica)	Após intervenção de ER	Avaliação final
Score geral de Funcionalidade	Problema moderado (30%)	Problema Ligeiro (17%)	Problema Ligeiro (11%)
Autocuidado	Problema Grave (67%)	Problema Moderado (38%)	Problema Moderado (27%)
Aprendizagem e funções da memória	Problema Ligeiro (8%)	Não há Problema (0%)	Não há Problema (0%)
Comunicação	Não há Problema (0%)	Não há Problema (0%)	Não há Problema (0%)
Relação com os amigos e cuidadores	Problema Ligeiro (13%)	Problema Ligeiro (6%)	Não há Problema (0%)
Função dor	Problema Grave (75%)	Problema Grave (50%)	Problema Moderado (25%)



**Quadro nº 13.** MIF aplicada ao estudo de caso B5.

Avaliações	1ª avaliação	Após intervenção de ER	Avaliação final
Autocuidados	11	21	32
Controlo dos esfíncteres	12	14	14
Mobilidade	3	9	15
Locomoção	2	6	8
Comunicação	14	14	14
Consciência do mundo exterior	11	15	17
Total	53	79	100

No momento de alta, para o domicílio, utente eutímico, anda com auxílio de uma pessoa, dispneia funcional melhorada no treino de marcha (score 1 na escada de Borg modificada).

Apresentou uma melhoria significativa do score geral de funcionalidade e em todas as dimensões avaliadas, nomeadamente a nível dos autocuidados. Pelo instrumento ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) podemos verificar a transição de um *“Problema grave”*, a nível dos autocuidados, para um *“Problema moderado”*, assim como na MIF (DGS, 2011) se verifica a passagem de uma *“dependência modificada com assistência até 50% da tarefa”* para uma *“dependência modificada com assistência até 25% da tarefa”*.

Também na função dor podemos constatar que inicialmente havia de um *“problema completo”* (100%) e na avaliação final um *“problema moderado”* (25%), permitindo um aumento da funcionalidade.

## Estudo de caso B6

Utente do sexo masculino, 43 anos, melanodérmico, vive só, sendo previamente independente nos autocuidados até há cerca de 1 mês, quando sofreu queda da própria altura por diminuição da força generalizada, que se manifestou de forma progressiva, tendo sido intervencionado neurocirurgicamente por listese traumática C6 – D3 e posteriormente tido alta para hospital de residência. Regressa por deiscência da sutura cirúrgica, tendo sido submetido a limpeza cirúrgica há 9 dias.

Na avaliação inicial, utente vígil, calmo e orientado no tempo, espaço e pessoa, score 15 na escala de Glasgow, apreensivo face ao desequilíbrio corporal sentido e perda de autonomia. Apresenta força grau 4/5 nos vários segmentos, alterações da motricidade fina e elevado risco de queda por equilíbrio diminuído (EEB = 18 pontos). Apresentou episódio de retenção urinária com necessidade de colocação de cistocaterter.

Realiza programa de ER funcional respiratória e funcional motora.

Aplicados instrumentos ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e MIF (DGS, 2011) e identificados focos de enfermagem com necessidade de intervenção, apresentados nos quadros nº 14 e nº 15 respetivamente.

**Quadro nº 14.** ENCS aplicada ao estudo de caso B6.

ENCS	1ª Avaliação (diagnóstica)	Após intervenção de ER	Avaliação final
Score geral de Funcionalidade	Problema Moderado (43%)	Problema Ligeiro (21%)	Problema Ligeiro (11%)
Autocuidado	Problema Grave (81%)	Problema Moderado (44%)	Problema Ligeiro (17%)
Aprendizagem e funções da memória	Problema Ligeiro (13%)	Não há Problema (0%)	Não há Problema (0%)
Comunicação	Problema Ligeiro (19%)	Não há Problema (0%)	Não há Problema (0%)
Relação com os amigos e cuidadores	Problema Moderado (44%)	Problema Moderado (44%)	Problema Moderado (44%)

**Quadro nº 15.** MIF aplicada ao estudo de caso B6.

Avaliações	1ª avaliação	Após intervenção de ER	Avaliação final
Autocuidados	12	19	38
Controlo dos esfíncteres	4	8	14
Mobilidade	3	9	21

Locomoção	2	6	12
Comunicação	13	14	14
Consciência do mundo exterior	13	16	16
Total	47	72	115

Após programa de reabilitação funcional, no momento de alta para hospital de residência, utente apresenta força grau 5/5 nos membros inferiores, força grau 5/5 no segmento proximal dos membros superiores e 4/5 nos segmentos distais, com alteração da motricidade fina melhorada e baixo risco de queda, apresentando bom equilíbrio (EEB = 44 pontos). É autónomo no controlo de esfíncteres.

Pode verificar-se um aumento do score geral de funcionalidade através do instrumento ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e um aumento significativo dos autocuidados, passando de um *“Problema grave”* para um *“Problema ligeiro”* com ganhos de 64% nesta dimensão. Também na MIF (DGS, 2011) verificamos a passagem de uma *“dependência modificada com assistência até 50% da tarefa”* para uma *“independência modificada”*.

## 1.8. DISCUSSÃO

Em todos os estudos de caso, segundo o instrumento ENCS (Fonseca e Lopes, 2014), podemos verificar o aumento significativo da funcionalidade geral e em particular da capacidade para execução do autocuidado, corroborado pela escala de avaliação MIF (DGS, 2011), sendo que as dimensões aprendizagem e funções mentais, comunicação, relação com os amigos e familiares e dor também apresentam melhorias. O que vem de encontro ao defendido por Orem (2001), que refere que o agente de autocuidado (a pessoa) tem capacidade para desenvolver comportamento de autocuidado nos vários domínios (cognitivo, emocional, comportamental e físico). Sendo estes domínios preponderantes para a obtenção da independência pela pessoa (Lourenço, 2015).

Neste subcapítulo será, então, exposto o que foi desenvolvido junto da pessoa e família/cuidador e quais os resultados sensíveis aos cuidados de ER verificados e sentidos, com o intuito de apurar os ganhos que a intervenção da ER obteve.

Como referido anteriormente, todo o processo cirúrgico implica adaptação a uma nova condição, seja temporária ou permanente, sendo sempre um evento crítico que implica aquisição de novas aprendizagens, no sentido de garantir o sucesso da intervenção cirúrgica, prevenir complicações ou ultrapassar barreiras físicas/cognitivas que a intervenção/doença implica (Ventura e Queirós, 2016). Neste sentido, o programa de ER pretendeu também maximizar a capacidade da pessoa a nível cognitivo, podendo verificar-se a efetividade destas intervenções através dos ganhos a nível das dimensões “aprendizagem e funções mentais” e “comunicação” (Fonseca e Lopes, 2014).

Varanda e Rodrigues (2016) referem que um programa de ER tem que integrar uma avaliação do potencial cognitivo e de aprendizagem da pessoa, no sentido de definir estratégias de reeducação cognitiva a instituir e perceber de que forma as alterações cognitivas poderão interferir no programa de ER, no sentido de ajusta-lo a essas restrições.

A cognição é um dos fatores preponderantes para atingir a independência nos autocuidados (Gonçalves, 2016), uma vez que o autocuidado pressupõe a capacidade da pessoa para tomar decisões deliberadas com o objetivo de conservar a vida e o bem-estar (Orem, 2001).

Nos estudos de caso expostos, todas pessoas apresentam alterações iniciais pelo menos em uma das dimensões “aprendizagem e funções mentais” e/ou “comunicação”, apresentado dificuldade nas capacidades cognitivas das funções “consciência” (B4), “orientação” (B1, B2, B4), “atenção” (B1, B2, B3, B4, B5, B6) e “memória” (B4, B5, B6) (Fonseca e Lopes, 2014).

A consciência<sup>6</sup>, a orientação<sup>7</sup>, a atenção<sup>8</sup> e a memória<sup>9</sup> da pessoa são funções essenciais para a integridade das atividades mentais, uma vez que o estado de consciência e a capacidade de recordar situações, sensações e acontecimentos influenciará a capacidade de aprendizagem, a resolução de problemas e consequentemente a capacidade de assegurar a execução dos autocuidados (Gatens e Hebert, 2001).

Desta forma, foi integrado, no plano de reabilitação funcional, a reeducação cognitiva, implementando, de forma sistemática e individualizada as atividades terapêuticas, com vista ao estabelecimento

---

<sup>6</sup> A consciência da pessoa é entendida como “o reconhecimento da realidade externa ou de si mesmo em determinado momento, e a capacidade de responder aos seus estímulos” (Lopes e Fonseca, 2014, p.253).

<sup>7</sup> A orientação está ligada à “orientação autopsíquica (relativa a si próprio, (...) nome, data de nascimento, profissão e o que faz) e alopsíquica (relativa ao tempo e ao espaço)” (Lopes e Fonseca, 2014, p.253).

<sup>8</sup> A capacidade de atenção é relativa à “concentração de estímulos externos e inclui a capacidade e partilha da atenção” (Lopes e Fonseca, 2014, p.253).

<sup>9</sup> A memória é referente ao que a pessoa se lembra a curto prazo (Lopes e Fonseca, 2014).

de uma relação terapêutica que promovesse aprendizagem e/ou a adaptação às atividades de vida (Varanda e Rodrigues, 2016).

No sentido de promover a orientação da pessoa, o programa de reabilitação foi iniciado e finalizado fornecendo informação verbal atualizada, relativa ao dia, ano, mês e hora e promovendo a permanência de pistas ambientais tais como, relógios e calendários, principalmente nos estudos de caso B1, B2 e B4 (Varanda e Rodrigues, 2016).

Em todos os estudos de caso, a gestão ambiental foi fomentada através da redução dos estímulos sensoriais nocivos, tais como, o ruído (reduzido o volume da televisão, realizando o programa de ER em momentos com menor volume de profissionais/outras pessoas em permanência nos locais da sua execução) sendo por outro lado, promovidos os estímulos sensoriais agradáveis, como a utilização de um tom de voz calmo, com uma linguagem clara e simples, incentivando os progressos verificados (Varanda e Rodrigues, 2016). Também com o intuito de estimular a atenção da pessoa, as atividades terapêuticas, foram estruturadas hierarquicamente, das mais simples para as mais complexas, e a pessoa foi sendo questionada sobre a tarefa a realizar de forma a manter o enfoque na mesma (Gonçalves, 2016).

No sentido de promover a memória da pessoa, principalmente nos estudos de caso B4, B5 e B6, para além da redução de variáveis que distraiam a pessoa, foi realizada uma tarefa de cada vez, apenas passando à próxima tarefa após a conclusão da primeira, sendo também incentivado o uso de lembretes escritos pela pessoa relativos a dúvidas ou a tarefas a realizar (Gonçalves, 2016).

A eficiência da comunicação envolve aspetos físicos (como o estado de consciência ou limitações físicas), psicológicos (emoções, crenças e valores), socioculturais (como a etnia) e linguísticos (como o compromisso linguístico da pessoa) (Silva, 2010).

Desta forma, a comunicação envolve a capacidade da pessoa para se expressar verbal ou não verbalmente e a compreensão simbólica, sendo essencial para todas as relações que envolvem a pessoa, seja com os profissionais de saúde, com as pessoas significativas ou com a comunidade, condicionando a concretização das atividades de vida diárias e a garantia da independência (Souza e Arcuri, 2014). Portanto, quando ocorre uma alteração na capacidade de comunicar, como por exemplo, uma afasia (estudo de caso B4) é necessário estimular a pessoa e/ou encontrar estratégias compensatórias face a essa alteração (Salgueiro e Sequeira, 2014).

A comunicação é, também, o meio essencial para o estabelecimento de uma relação enfermeiro-doente, fulcral no processo de avaliação diagnóstica e processo de intervenção terapêutica, focada na pessoa e família, sendo essencial a sua promoção, no sentido de garantir a realização dos objetivos pessoais na concretização de um programa de ER (Lopes, 2006).

Podemos observar que a “comunicação” estava alterada nos estudos de caso B4, B5 e B6.

Em todos os estudos caso e ao longo do estágio, no sentido de facilitar esta função, foi utilizada uma linguagem clara e simples, de forma calma, com linguagem verbal e não-verbal e estimulando a obtenção de resposta verbal (Silva, 2016). No sentido de aumentar a capacidade de expressão verbal (principalmente no estudo de caso B4) foi encorajada a pessoa a falar, dado mais tempo para se expressar, não valorizando erros proferidos, mas elogiando os progressos e estimulando exercícios como a nomeação de objetos, envolvendo a família no processo (Menoita, 2012).

As funções “emocionais”<sup>10</sup> encontram-se alteradas em todos os estudos de caso.

Os aspetos intrínsecos à pessoa, nomeadamente o estado emocional, irão influenciar, impreterivelmente, a sua motivação na execução do programa de ER, indispensável ao seu sucesso (Santos, 2016).

A dimensão psicossocial/emocional, na reabilitação, engloba um conjunto de estratégias que pretendem ampliar os recursos e afetos da pessoa e que requerem, da parte do EEER, uma gestão da negociação com a pessoa e família e com os recursos da sociedade, visando a reinserção social (Lussi, Pereira e Junior, 2006). Desta forma, a pessoa é vista como alguém social e subjetivo, priorizando-se “o poder terapêutico da escuta e da palavra, na construção e ampliação do seu grau de autonomia” (Ribeiro e Bezerra, 2015, p. 305).

O stress e a ansiedade associado ao processo cirúrgico é amplamente conhecido, por este ser um momento de crise para a pessoa, pelas incertezas que traz, pela separação familiar e do seu ambiente,

---

<sup>10</sup> As funções emocionais são avaliadas através de três conceitos, “a adequação (capacidade de gerar, em si mesmo, as emoções apropriadas em um momento determinado), a regulação (capacidade de redirecionar, controlar, modelar e modificar as emoções de modo a permitir ao indivíduo funcionar de forma adaptativa) e a amplitude (capacidade de expressar diferentes emoções e diferentes intensidades) das emoções” (Lopes e Fonseca, 2014, p.253).

pela perda de liberdade e despersonalização, pelo medo de morrer ou de ficar dependente de terceiros, sendo que as orientações pré e pós operatórias tornam-se importantes na regulação emocional da pessoa em processo cirúrgico (Quintana e Kalil, 2012).

A ansiedade foi verbalizada por todas as pessoas dos estudos de caso apresentados, para além da labilidade emocional denotada nos estudos de caso B1, B2 e B3 pela incerteza da recuperação total e medo do insucesso cirúrgico (B2), repercutindo-se na motivação demonstrada para a realização do programa de ER. Desta forma, foram adotadas estratégias que minimizassem estes sentimentos como a promoção de uma relação de confiança, providenciando espaço e tempo à expressão de sentimentos, promovendo a racionalização<sup>11</sup> e desmistificação através da explicação dos sintomas e proporcionando um clima de segurança e disponibilidade (Lopes, 2006).

Com o intuito de motivar a pessoa, humanizar os cuidados e estabelecer resultados tangíveis e reais, são definidas, com ela quais “as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir” (Regulamento nº 125/2011) no estabelecimento do plano de ER. Desta forma, previne-se a frustração, sendo este estabelecimento de objetivos pessoais o meio para se atingirem resultados positivos e não o fim, uma vez que, o objetivo da ER é ajudar a pessoa a maximizar as suas capacidades de forma a satisfazer as suas preferências com o intuito de atingir o bem-estar e promover a qualidade de vida (Levack, 2018).

Assim, no decorrer da entrevista com a pessoa em processo cirúrgico foram estabelecidos ou restabelecidos os objetivos do plano de reabilitação com base nas suas preferências e objetivos pessoais de forma a integra-lo e inclui-lo no programa de ER, responsabilizando e motivando a pessoa alvo de cuidado. Tendo sido dada preferência aos objetivos tangíveis de cada pessoa, por exemplo, se a preocupação da pessoa é o desequilíbrio sentido e verificado (“se pelo menos tivesse equilíbrio para fazer as coisas sozinho já não tinha que depender de vocês... E lá em casa da minha mulher” (B2)), é discutido com a pessoa e, se esta concordar e for um objetivo exequível, dada preferência à realização de treino de equilíbrio e de marcha.

---

<sup>11</sup> A racionalização consiste na explicação, por parte do enfermeiro, da razão “da existência de determinado sentimento, servindo-se para o efeito de argumentos que têm a ver com a natureza médica e/ou psicossocial da situação” (Lopes, 2006, p.192).

A motivação, imprescindível ao sucesso do programa de ER, foi promovida através do reforço positivo quando se verificaram conquistas nos objetivos traçados, reduzindo o medo de falhar (Varanda e Rodrigues, 2016).

A presença de acompanhantes significativos para a pessoa (quando é desejo desta), foi promovida sempre que possível, não só pela necessidade de apoiar estes acompanhantes/cuidadores no auxílio das necessidades de autocuidados da pessoa, mas também porque são elementos essenciais para identificar as carências emocionais da pessoa e assegurar suporte afetivo (Penna e Diogo, 2005).

Como referido anteriormente, o domínio do “comportamento” está relacionado com a execução de práticas que têm como objetivo a preservação do bem-estar, a manutenção da própria vida e o desenvolvimento pessoal saudável durante um período de tempo, portanto, relaciona-se com a capacidade de executar o comportamento de autocuidado (Orem, 2001).

Também neste domínio, para garantir a satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa, o familiar/cuidador tem um lugar de relevo, seja porque a pessoa necessita de terceiros para garantir o seu bem-estar, quando é dependente e o comportamento de autocuidado está totalmente comprometido, podendo ser o acompanhante essa terceira pessoa aquando da alta (num sistema totalmente compensatório), seja quando a pessoa necessita parcialmente de ajuda ou de ensinamentos para compensar as limitações sentidas, tendo motivação para a execução dos autocuidados, mas tendo limitações que a impossibilitam de executá-los de forma independente, podendo não só a pessoa necessitar de ensinamentos, mas também o cuidador, para perceber de que forma poderá ajudar a compensar essas limitações (sistema parcialmente compensatório) e, por fim, quando a pessoa tem capacidade para a execução do autocuidado, mas necessita de ensino<sup>12</sup>, instrução<sup>13</sup> e treino<sup>14</sup> para a sua satisfação, sendo que, neste último sistema o familiar/cuidador poderá assistir e participar nos ensinamentos de forma a poder relembrar a pessoa e perceber como a pode ajudar, sem a substituir (Orem, 2001).

Assim, os ensinamentos à pessoa e/ou à família/cuidador estão inerentes ao processo de garantia da execução dos autocuidados à pessoa em processo cirúrgico, que poderá encontrar-se num sistema total/parcialmente compensatório, ou mesmo que independente poderão ser-lhe identificadas necessidades de compensação a limitações ou ensinamentos para a saúde, sendo a família/cuidador integrada no programa de reabilitação, desde o estabelecimento de objetivos até à sua execução e avaliação,

---

<sup>12</sup> O ensino consistiu na partilha de informação teórica sobre necessidades de autocuidado da pessoa (Couto, 2012).

<sup>13</sup> A instrução prendeu-se com a demonstração de técnicas adequadas pelo EEER (Couto, 2012).

<sup>14</sup> O treino consistiu na execução dos ensinamentos realizados com supervisão do EEER (Couto, 2012).



quando é desejo da pessoa alvo dos cuidados. Neste processo de ensino, contribuem para a aprendizagem, aspetos motivacionais, empáticos (enfermeiro-pessoa-família), individuais (como considerar a idade da pessoa, as limitações cognitivas e físicas e a personalidade) e ambientais, já descritos em domínios anteriores, estando interligados e interrelacionados (Phaneuf, 2005).

Os resultados esperados, com os ensinamentos realizados em todos os estudos de caso, foram o aumento da capacidade da pessoa em tomar decisões, aumento dos níveis de saúde e bem-estar da pessoa e família, aumento da capacidade para a execução do autocuidado e diminuição da incapacidade da pessoa (Benner, 2005). Como corrobora a revisão da literatura realizada por Botelho, Fonseca, Suho-nen, Basto e Ramos (2015) acerca dos resultados encontrados quando as intervenções de enfermagem são individualizadas.

Em todos os estudos de caso verificou-se um problema completo ou grave (Fonseca e Lopes, 2014) a nível dos autocuidados, com necessidade de execução de um sistema total ou parcialmente compensatório por parte da equipa de saúde (Orem, 2001). Para este problema contribuíram limitações nos domínios já mencionados, mas principalmente no domínio físico, com a observação de limitações físicas, como a diminuição da força nos membros e a diminuição do equilíbrio.

As limitações de cada pessoa foram identificadas no processo de avaliação diagnóstica (Lopes, 2006), onde a pessoa foi o foco central, no sentido de perceber as dificuldades sentidas e o potencial para adquirir conhecimentos e competências/capacidades (Santos, 2016), tendo sido perspectivado o processo de intervenção terapêutica de ER, que engloba o interface entre a pessoa e a organização (Lopes, 2006) e o programa de intervenção de ER funcional.

Neste processo identificou-se, em todos os estudos de caso, uma dependência elevada na mobilidade e consequentemente na locomoção. A imobilidade (restrição, ausência ou diminuição da mobilidade), na pessoa em processo cirúrgico e, mais concretamente, em processo neurocirúrgico pode ser decorrente da situação terapêutica e/ou da necessidade de se manter num espaço restrito, o que pode trazer consequências, já descritas anteriormente, dos vários aparelhos (respiratório, cardiovascular, tegumentar) e, principalmente, do sistema músculo-esquelético (alterações ósseas, musculares e articulares) (Coelho, Barros e Sousa, 2016). Neste sentido o EEER tem um papel fundamental, sendo da sua competência conceber e implementar treinos cardiorrespiratórios e motores com o objetivo de obter a capacitação máxima da pessoa a nível motor e sensorial (Regulamento nº 125/2011).

No sentido de prevenir complicações pós-cirúrgicas e possíveis complicações decorrentes da imobilidade, nomeadamente, complicações broco-pulmonares (Malcato, 2016), foi realizada reabilitação funcional respiratória no pré e pós-operatório como descrito no apêndice V, em todos os estudos de caso (em apêndice V encontra-se o quadro nº 16 mais detalhado e as intervenções realizadas neste âmbito). No estudo de caso B5 foi ainda realizada reabilitação funcional respiratória por complicações pós-operatórias (derrame pleural direito), com o objetivo de aumentar a amplitude respiratória, a re-expansão pulmonar e reeducar para o esforço (Cordeiro e Menoita, 2012).

Assim, no estudo de caso B5, foi também realizada reeducação diafragmática na posição sentado (10 ciclos respiratórios por sessão de reabilitação funcional), abertura costal seletiva direita (10 repetições por sessão de reabilitação funcional), tendo sido incentivado a realizar estes exercícios e os descritos no apêndice V duas vezes por dia (OE, 2018b). Foram também ensinadas, treinadas e instruídas técnicas de gestão de energia por este utente apresentar, inicialmente, dispneia funcional em grau moderado na realização das AVD's, sendo incentivado a realizar, por exemplo, a higiene sentado, preferir calçado sem atacadores e antiderrapante (OE, 2018b).

Lima (2014) refere que a imobilidade, resultante da supressão de movimento corporal, que pode envolver uma ou mais articulações, interdita a plena capacidade da pessoa para executar atividades de vida diária, sendo, portanto, a mobilização precoce, crucial, para a prevenção de complicações e aquisição de funcionalidade necessária para a execução dos autocuidados.

A mobilização foi, então, integrada no programa de ER funcional, com movimentos lentos, orientados e repetidos, respeitando o alinhamento corporal na mobilização dos vários segmentos corporais, podendo ser aplicados diferentes tipos de técnicas de mobilização, consoante os objetivos, necessidades e condições da pessoa (Kisner e Colby, 2016), com os objetivos de manter/restaurar mobilidade articular, manter a propriocepção, estimular a circulação, prevenir a perda função e contraturas (OE,

2009). Foi realizada mobilização passiva<sup>15</sup> (B1 e B4), no caso da pessoa não ser capaz de executar movimento ativo, mobilização ativa<sup>16</sup> (B2, B3, B5 e B6), quando a pessoa conseguia automobilizar-se, mobilização ativa assistida<sup>17</sup> (B1, B3, B4 e B6), quando a pessoa apresentava força para produzir movimento mas não conseguia vencer a gravidade e/ou ativa resistida<sup>18</sup>, quando a pessoa apresentava fraqueza muscular, realizando estas mobilizações, pelo menos, uma vez por dia, 10 repetições em cada segmento, e ensinamentos sobre a importância de realizar os exercícios executados autonomamente, pelo menos mais uma vez durante o dia, caso a pessoa tivesse capacidade para os executar (OE, 2009).

Na impossibilidade de mobilização ativa, por restrições clínicas iniciais do pós-operatório, dor ou diminuição da força, foram realizados ensinamentos para a execução de exercícios isométricos<sup>19</sup>, como descrito no quadro nº 16 (B3) (Kisner e Colby, 2016).

No sentido de estimular a autonomia nas AVD's e motivar a participação da pessoa na sua reabilitação, foram também realizados ensinamentos sobre como a pessoa poderia colaborar com o profissional de saúde ou cuidador/familiar na deslocação lateral no leito e posicionamentos, explicando os posicionamentos permitidos consoante a sua situação clínica em todos os estudos de caso (OE, 2009).

A preparação para o levante e manutenção da posição de pé e marcha, torna-se de extrema importância para a realização autónoma das AVD's, uma vez que, a sua satisfação depende da capacidade da pessoa para se deslocar. Assim, a execução de exercícios que preparem a pessoa para o levante, treinem o equilíbrio, a propriocepção e fortaleçam a musculatura do tronco, tornam-se essenciais (Menoita, 2012). Com os objetivos descritos, foram realizados exercícios terapêuticos como a ponte e o rolamento, tendo sido assistidos, nestes exercícios, as pessoas com diminuição da força (B1, B3 e B4) foram também efetuados treinos de transferência e marcha (Menoita, 2012).

---

<sup>15</sup> Mobilização passiva é a execução de técnicas terapêuticas de mobilização, externas à pessoa, respeitando a sua amplitude articular fisiológica (Kisner e Colby, 2016)

<sup>16</sup> Mobilização ativa consiste na capacidade da pessoa em realizar força para se mobilizar (Kisner e Colby, 2016).

<sup>17</sup> Mobilização ativa assistida consiste na ajuda, por parte do profissional, na mobilização iniciada pela pessoa (Kisner e Colby, 2016).

<sup>18</sup> Mobilização ativa resistida consiste na aplicação de uma força resistente ao movimento suplementar, que poderá ser pelo profissional de saúde (Kisner e Colby, 2016).

<sup>19</sup> Os exercícios isométricos consistem em exercícios estáticos, com contração muscular que leva à produção de força, mas sem alteração do comprimento do músculo e sem movimento articular (Kisner e Colby, 2016).

A manutenção do equilíbrio<sup>20</sup> é um fator fundamental na realização das AVD's, uma vez que é um processo que permite a estabilidade do corpo (Kisner e Colby, 2016). Os exercícios de equilíbrio realizados encontram-se explanados no apêndice V (quadro nº 16 completo), tendo sido aplicados em todos os estudos de caso, sendo realizados inicialmente sentados e progredido para a posição ortostática (Kisner e Colby, 2016).

O autocuidado engloba a satisfação das necessidades básicas e íntimas e das atividades básicas de vida de forma autónoma e deliberada (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015), sendo que as AVD's referem-se às tarefas comuns e rotineiras desempenhadas pela pessoa no dia-a-dia e integram as atividades básicas de vida (cuidado pessoal) e as atividades instrumentais de vida diária (atividades domésticas e comunitárias) (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação [MCEER], 2011).

O treino de AVD's tem como objetivo a obtenção da aquisição da máxima funcionalidade possível recorrendo a estratégias adaptativas e a produtos de apoio<sup>21</sup> (MCEER, 2011).

Devido às limitações e incapacidades apresentadas pelos participantes dos estudos de caso, nomeadamente a nível motor, como a diminuição de força ou destreza e alterações do equilíbrio, tornou-se imperativo encontrar estratégias para que a pessoa se pudesse tornar o mais autónoma possível na execução dos seus autocuidados (MCEER, 2011).

O treino de higiene pessoal foi realizado em todas as pessoas que integram este estudo, uma vez que necessitavam de estratégias adaptativas, como a utilização de cadeira sanitária (inicialmente em todos os estudos de caso), barras de apoio (inicialmente em todos os estudos de caso), esponjas de cabo engrossado (B1, B4 e B6, por diminuição da força/sensibilidade/motricidade fina), tendo sido estimulados a utilizarem a sua máxima funcionalidade, por exemplo, no estudo de caso B4, a pessoa foi estimulada a lavar o hemicorpo hemiparético, tendo apenas sido ajudada quando estritamente necessário (Menoita, 2012).

---

<sup>20</sup> O equilíbrio é um processo dinâmico, resultando de um complexo controlo motor, que necessita do processamento correto de vários estímulos sensoriais. Através da interpretação destes estímulos sensoriais é avaliada a posição e o movimento corporais no espaço, coordenando com a resposta musculoesquelética adequada. O equilíbrio pode ser estático, quando o corpo se encontra em repouso, ou dinâmico quando o corpo se encontra estabilizado em movimento (Kisner e Colby, 2016).

<sup>21</sup> Produtos de apoio são qualquer dispositivo que permita compensar, avaliar ou prevenir as incapacidades ou limitações nas atividades (Norma ISO 9999/2007).

O espelho foi utilizado para a pessoa poder arranjar-se (pentear, lavar os dentes), tendo sido utilizados engrossadores de cabos para a escova de dentes e escova de pentear (B1, B4 e B6) (Vigia, Ferreira e Sousa, 2016).

Foram também realizados ensinamentos à pessoa e cuidador/familiar sobre as necessidades adaptativas das pessoas, produtos de apoio necessários no domicílio e como se utilizavam (estrado de banheira (B4) e cadeira de banheira (B1)), engrossamento de cabos (B1, B4, B6) (Menoita, 2012).

Tal como na higiene e outras atividades, a diminuição do equilíbrio, da destreza, e da amplitude de movimentos influencia negativamente a capacidade de executar o autocuidado, nomeadamente na AVD vestir e despir (Vigia, Ferreira e Sousa, 2016). Foi discutido com a pessoa e acompanhante a possibilidade de (quando os acompanhantes forneciam) ser oferecida roupa larga, com botões grandes (para praticar a motricidade fina) (B1, B4 e B6), soutien de abrir à frente (B4) e calçado adequado (B1 e B4 com velcro), antiderrapante (Vigia, Ferreira e Sousa, 2016).

Foram realizados ensinamentos, treino e instrução à pessoa e cuidador que na atividade vestir deveria começar pelo lado mais lesado e seguidamente vestir o menos lesado, despiendo este por último (Menoita, 2012).

No treino de alimentação foi respeitada a biomecânica corporal, promovendo uma postura correta na posição sentado, sempre que a situação clínica o permitia, tendo sido engrossados os cabos com produtos de apoio adequados (B1, B4 e B6), fornecidos copos com configuração adequada para que a pessoa com disfagia não necessitasse de fazer extensão da cabeça para beber e sendo incentivadas as pessoas a alimentarem-se de forma independente (explicada importância da promoção da independência aos acompanhantes) (Menoita, 2012).

No estudo de caso B4 foram ensinados, treinados e instruídos exercícios de treino de deglutição que se encontram explanados no apêndice V (Braga, 2016).

O treino vesical foi fundamental para a independência nesta AVD no estudo de caso B6, estando o treino realizado descrito no apêndice V e o treino intestinal foi realizado nos estudos de caso B1 e B3, encontrando-se descrito no apêndice V (Rocha e Redol, 2016).

Como referido anteriormente a mobilidade é essencial à execução autónoma das AVD's, sendo que a transferência e o treino desta permite a passagem de uma superfície para outra (Vigia, Ferreira e

Sousa, 2016). Durante o treino, nos estudos de caso B1, B3, B4 e B6, foram realizados ensinamentos à pessoa e cuidador sobre a técnica, percebendo e negociando a adaptação no domicílio (condições habitacionais) (O treino realizado encontra-se descrito no apêndice V) (Vigia, Ferreira e Sousa, 2016).

O treino de locomoção foi realizado com o objetivo de promover a deslocação da pessoa através de auxiliares de marcha como a cadeira de rodas (B1, B3, B4 e B6) e andarilho (B1). O treino de marcha foi realizado com correção postural (por vezes recorrendo a espelho quadriculado, em todos os estudos de caso) e realizados ensinamentos, treino e instrução à pessoa e familiar de como compensar a incapacidade da pessoa (B4) (o treino realizado encontra-se descrito no apêndice V) (Menoita, 2012).

Foi elaborado um plano de intervenção de ER, com variâncias que dependeram das especificidades de cada pessoa, sendo o plano, a seguir exposto, adaptado e individualizado a cada pessoa atendendo as suas necessidades e executado após avaliação da pessoa e planificação com esta e com a família/cuidador.

No quadro nº 16 apresenta-se a intervenção estruturada da ER, sendo um programa de ER funcional realizado, pelo menos, três vezes por semana, com duração média de uma hora, durante o internamento da pessoa na unidade hospitalar e reforçando a importância da sua continuação após alta ou transferência para outra unidade hospitalar/ instituição de saúde/domicílio, junto da pessoa e família (Kisner e Colby, 2016). As intervenções a seguir expostas foram adaptadas de várias fontes e da experiência de estágio (o quadro completo encontra-se no apêndice V).

**Quadro nº 16. Proposta estruturada de intervenção de Enfermagem de Reabilitação funcional.**

<b>Intervenções<sup>22</sup></b>	<b>Objetivo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionado ambiente calmo, com temperatura adequada (Cordeiro e Menoita, 2012).</li> <li>- Explicado e discutido com a pessoa o plano de intervenção de ER, identificando as suas necessidades, objetivos e expectativas (Regulamento nº 125/2011).</li> <li>- Explicada a importância da intervenção da ER, permitindo-lhe expor dúvidas (Regulamento nº 125/2011).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o relaxamento e bem-estar (Cordeiro e Menoita, 2012).</li> <li>- Estabelecer objetivos individualizados para o plano de intervenção (Regulamento nº 125/2011).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posicionamento em semi-fowler com almofada até à raiz das omoplatas e outra almofada sob a região poplíteia (Cordeiro e Menoita, 2012).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuir da tensão psíquica e a sobrecarga muscular (Cordeiro e Menoita, 2012).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reabilitação funcional Respiratória (Cordeiro e Menoita, 2012; OE, 2018b) (...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar ventilação alveolar (Cordeiro e Menoita, 2012).</li> <li>- Prevenir complicações respiratórias pós-operatórias (Cordeiro e Menoita, 2012).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posicionamento em decúbito dorsal, com almofada pequena na cabeça e média na região poplíteia (OE, 2009).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuir da tensão psíquica e a sobrecarga muscular (OE, 2009).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de ensinos sobre a importância do alinhamento corporal e princípios, objetivos e importância da mobilização (OE, 2009).</li> <li>- Incentivada a realização dos movimentos ao longo do dia (OE, 2009).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a mobilização e a continuação do plano pela pessoa (OE, 2009).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Massagem terapêutica e aplicação de BNM (intervenção irá ser explanada no quadro nº 17 (Kase, Lemos e Dias, 2013)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuição de dor (Kase, Lemos e Dias, 2013);</li> <li>- Resolução de contraturas musculares e inflamações articulares (Kase, Lemos e Dias, 2013).</li> <li>- Estimulação sensorial (Kase, Lemos e Dias, 2013).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilização passiva e/ou ativa, ativa assistida e/ou ativa resistida (consoante força apresentada pela pessoa) dos vários segmentos corporais, nos diferentes planos (10 vezes) iniciando mobilizações das articulações proximais para as distais, executando movimentos suaves e rítmicos (OE, 2009).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter/restaurar mobilidade articular e prevenir a perda da função articular (OE, 2009);</li> <li>- Prevenir contraturas, deformidades muscularto-articulares e alterações cutâneas (OE, 2009); (...)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de exercícios isométricos nos segmentos corporais, 10 repetições, mantendo a contração durante 6 segundos, seguida de um breve período de descanso (Kisner e Colby, 2016).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter o tônus e massa muscular (Kisner e Colby, 2016).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizados ensinos sobre deslocação lateral no leito, posicionamentos e como a pessoa pode colaborar (OE, 2009).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permitir à pessoa colaborar/realizar na/a alternância de decúbitos (OE, 2009).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercícios terapêuticos no leito (Menoita, 2012).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparar pessoa para levante, posição sentado e ortostática (Menoita, 2012)</li> <li>- Treinar equilíbrio (Menoita, 2012) (...)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercícios de equilíbrio com a pessoa sentada na cadeira de rodas ou no leito com pés no chão ou outra superfície que permita estabilidade (OE, 2009) (...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar equilíbrio estático e dinâmico do tronco (OE, 2009).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pôr-se de pé em equilíbrio e segurança (partindo da posição sentada, empurrar pernas e braços para baixo, inclinando-se para a frente e chegar à posição de pé) (OE, 2013; Coelho, Barros e Sousa, 2016)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treinar equilíbrio (OE, 2013; Coelho, Barros e Sousa, 2016)</li> <li>- Treinar levante (OE, 2013; Coelho, Barros e Sousa, 2016) (...)</li> </ul>

<sup>22</sup> As intervenções foram selecionadas e adaptadas a cada pessoa, consoante a especificidade, alteração de função encontrada e tolerância (dor, limitação articular...) sentida, havendo progressão ao longo do programa. A intervenção terapêutica alicerçou-se não só no programa de reabilitação, mas teve em conta também os padrões de exercício, a pessoa (idade, género, comorbilidades) e as suas motivações, adaptando-se, por exemplo, o tipo de exercício, as repetições realizadas e a frequência a cada pessoa (Kisner e Colby, 2016).

- Treino de transferências da cama para cadeira de rodas e cadeira sanitária/de banho e transferência contrária (OE, 2013).	- Treinar transferir-se (OE, 2013).
- Exercícios de equilíbrio em pé, apoiada em barra, a pessoa executa os exercícios lentamente e mantendo a posição durante alguns segundos (5 vezes em cada membro inferior) (Coelho, Barros e Sousa, 2016) (...)	- Treino de equilíbrio (Coelho, Barros e Sousa, 2016) - Treino de força – fortalecimento muscular (Coelho, Barros e Sousa, 2016) (...)
- Treino de marcha – incentivando a correção postural com ou sem espelho quadriculado (OE, 2013)	- Treino de marcha e equilíbrio (OE, 2013) - Efetivar a correção postural (OE, 2013)
- Promover a independência nas AVD's estimulando o uso da funcionalidade da pessoa, a utilizar/cuidar o hemitórax/membro afetado e fornecendo ajudas técnicas (Vigia, Ferreira e Sousa, 2016) (...)	- Treino de AVD's (Menoita, 2012; Vigia, Ferreira e Sousa, 2016) - Aquisição da máxima funcionalidade possível (Braga, 2016; Vigia, Ferreira e Sousa, 2016) (...)
- Alongamentos consoante grupo muscular trabalhado (Kisner e Colby, 2016) - Exercícios de relaxamento (Kisner e Colby, 2016)	- Relaxamento muscular (Kisner e Colby, 2016)
- Registos procedimentos realizados	- Permitir a continuação de cuidados

As intervenções realizadas foram alvo de avaliações quanto ao conhecimento adquirido na realização dos exercícios, tendo sido ensinados, treinados e posteriormente instruídos (Regulamento nº 125/2011).

No quadro nº 17 encontram-se as intervenções complementares realizadas nos estudos de caso B2 e B5 com o objetivo da redução do quadro algico e B4 com o objetivo de estimular o tónus e força muscular e de correção postural através da aplicação da massagem terapêutica e de BNM.

#### Quadro nº 17. Intervenção de ER, massagem terapêutica e aplicação de bandas neuromusculares.

Estudo de caso /Avaliação	Intervenção	Objetivo	Resultados
<b>B2</b>  Dor intensa na região cervical, tipo facada, continua.	- Realizada Massagem terapêutica profunda na região cervical e trapézio (Florentino et al., 2012). - Aplicadas BNM com ligeira tensão (máximo 20%) no sentido caudal-cefálico (Kase, Lemos e Dias, 2013). - Com a pessoa sentada e a cabeça em posição neutra, são colocadas duas âncoras iniciais paralelas à coluna vertebral na região de projeção da vertebra T3 (Kase, Lemos e Dias, 2013).	- Relaxamento muscular (presença de contratura) (Kase, Lemos e Dias, 2013). - Redução do quadro algico (Kase, Lemos e Dias, 2013).	- Redução do grau de dor (Escala numérica da dor = 8 reduziu para Escala numérica da dor = 3), com dor controlada sem necessidade de analgesia medicamentosa associada.



<b>B4</b> Hemiparesia do membro superior direito com força de grau 1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizada massagem terapêutica na região cervical e dorsal (C4 a D2) à direita (Florentino et al., 2012).</li> <li>- Aplicadas BNM com ligeira tensão (até 50%) (Kase, Lemos e Dias, 2013).</li> <li>- Aplicada uma âncora ao nível de C5, por cima do trapézio, passando pela parte posterior do deltoide e cruzando o bicipite para se inserir na região da epitroclea, a segunda âncora é colocada a nível de C7, passando por cima do trapézio, na parte anterior do deltoide, cruzando o bicipite inserindo-se no epicôndilo (Kase, Lemos e Dias, 2013).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimulação profunda neurossensorial da região cervical (plexo braquial de C5 a D1) no sentido de estimular as vias aferentes/sensitivas e recuperar a resposta eferente/motora (Kase, Lemos e Dias, 2013).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemiparesia do membro superior direito com força grau 3 de predomínio distal e a recuperar a motricidade fina.</li> </ul>
<b>B4</b> Retração e depressão escapulo-umeral direita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicada uma Âncora no terço superior do grande peitoral até à parte inferior da omoplata (Kase, Lemos e Dias, 2013).</li> <li>- Aplicada BNM no sentido anterior para posterior com a máxima tensão (Kase, Lemos e Dias, 2013).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Correção postural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Correção postural do ombro.</li> </ul>
<b>B5</b> Dor intensa na região lombar, tipo facada, intermitente, mas frequente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizada massagem terapêutica profunda na região lombar (Florentino et al., 2012).</li> <li>- Aplicadas duas BNM com ligeira tensão (máximo 20%) no sentido caudal-cefálico (Kase, Lemos e Dias, 2013).</li> <li>- Com a pessoa sentada, com tronco em flexão, são aplicadas âncoras das duas BNM paralelas à coluna vertebral ao longo da região lombar sobre os processos transversos vertebrais (Kase, Lemos e Dias, 2013).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relaxamento muscular (presença de contratura) (Kase, Lemos e Dias, 2013).</li> <li>- Redução do quadro algico (Kase, Lemos e Dias, 2013).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redução do grau de dor (Escala numérica da dor = 7 reduziu para Escala numérica da dor = 3).</li> </ul>

Na aplicação deste plano foram considerados “os quatro princípios do condicionamento fisiológico” de Delisa et al. (2002 cit. por Cordeiro e Menoita, 2012), o princípio da variação individual (o plano foi personalizado a cada indivíduo e adaptado consoante a sua resposta, por exemplo introdução de momentos de descanso mais ou menos prolongados consoante a necessidade), o princípio da especificidade (foi tido em conta, que cada exercício resulta numa adaptação metabólica e fisiológica que produz um resultado de treino), o princípio da sobrecarga (aplicados exercícios que exigem um maior trabalho que aquele que o utente está habituado) e o princípio da reversibilidade (tendo em conta que os efeitos do treino apenas permanecem se forem continuados. Neste sentido, os utentes são incentivados a realizar os exercícios pelo menos duas vezes por dia e continuarem os mesmos após a alta, pelo menos 3 vezes por semana.

No quadro nº 18 e quadro nº 19 observam-se os resultados obtidos e os ganhos efetivos após a execução do programa de ER através do instrumento ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e MIF (DGS, 2011).

**Quadro nº 18.** Ganhos obtidos com a aplicação de programas de intervenção de ER funcional através da aplicação do instrumento ENCS.

Instrumento ENCS			Ganhos
Estudos de caso	Avaliação inicial - diagnóstica	Avaliação final (após intervenção)	
B1	- Funcionalidade geral – 51% <u>Áreas de intervenção</u> - Autocuidado – 94% - Aprendizagem e funções da mentais – 17% - Comunicação – 25% - Relação com os amigos e cuidadores – 33%	- Funcionalidade geral – 14% <u>Áreas de intervenção</u> - Autocuidado – 38% - Aprendizagem e funções da mentais – 0% - Comunicação – 0% - Relação com os amigos e cuidadores – 6%	37%
B2	- Funcionalidade geral – 43% <u>Áreas de intervenção</u> - Autocuidado – 96% - Aprendizagem e funções da mentais – 12% - Comunicação – 0% - Relação com os amigos e cuidadores – 6% - Função dor – 100%	- Funcionalidade geral – 6% <u>Áreas de intervenção</u> - Autocuidado – 15% - Aprendizagem e funções da mentais – 0% - Comunicação – 0% - Relação com os amigos e cuidadores – 0% - Função dor – 25%	37%
B3	- Funcionalidade geral – 29% <u>Áreas de intervenção</u> - Autocuidado – 69% - Aprendizagem e funções da mentais – 4% - Comunicação – 0% - Relação com os amigos e cuidadores – 0%	- Funcionalidade geral – 11% <u>Áreas de intervenção</u> - Autocuidado – 29% - Aprendizagem e funções da mentais – 0% - Comunicação – 0% - Relação com os amigos e cuidadores – 0%	18%
B4	- Funcionalidade geral – 54% <u>Áreas de intervenção</u> - Autocuidado – 98% - Aprendizagem e funções da mentais – 29% - Comunicação – 25% - Relação com os amigos e cuidadores – 38%	- Funcionalidade geral – 16% <u>Áreas de intervenção</u> - Autocuidado – 33% - Aprendizagem e funções da mentais – 0% - Comunicação – 6% - Relação com os amigos e cuidadores – 6%	38%
B5	- Funcionalidade geral – 30% <u>Áreas de intervenção</u> - Autocuidado – 67% - Aprendizagem e funções da mentais – 8% - Comunicação – 0% - Relação com os amigos e cuidadores – 13% - Função dor – 75%	- Funcionalidade geral – 11% <u>Áreas de intervenção</u> - Autocuidado – 27% - Aprendizagem e funções da mentais – 0% - Comunicação – 0% - Relação com os amigos e cuidadores – 0% - Função dor – 25%	19%
B6	- Funcionalidade geral – 43% <u>Áreas de intervenção</u> - Autocuidado – 81% - Aprendizagem e funções da mentais – 13%	- Funcionalidade geral – 11% <u>Áreas de intervenção</u> - Autocuidado – 17% - Aprendizagem e funções da mentais – 0%	32%

	- Comunicação – 19% - Relação com os amigos e cuidadores – 44%	- Comunicação – 0% - Relação com os amigos e cuidadores – 44%	
<b>Média global de funcionalidade</b>	<b>42%</b>	<b>12%</b>	<b>30%</b>

**Quadro nº 19.** Ganhos obtidos com a aplicação de programas de intervenção de ER funcional através da aplicação da MIF.

MIF			Ganhos
Estudos de caso	Avaliação inicial - diagnóstica	Avaliação final (após intervenção)	
B1	41	92	51
B2	42	113	71
B3	53	94	41
B4	31	97	66
B5	53	100	47
B6	47	115	68
<b>Média scores</b>	<b>45</b>	<b>102</b>	<b>57</b>

No quadro nº 18 pode observar-se que da intervenção da ER decorrem resultados bastante positivos, resultantes da implementação de programas de intervenção de ER funcional, relativamente à funcionalidade geral dos indivíduos, com uma média de ganhos obtidos de 30%.

São também de destacar os ganhos obtidos na realização dos autocuidados, verificando-se que todos os indivíduos passaram de um *“Problema grave”*, com valores de dependência, nesta dimensão entre 67% a 98%, para um *“Problema ligeiro”* com valores de dependência nos autocuidados inferiores a 38%, podendo-se afirmar que foram cumpridos os objetivos da implementação desta proposta de intervenção.

Com o objetivo de redução da dor destacam-se dois dos estudos de caso, com boa resposta à intervenção complementar realizada (aplicação de massagem terapêutica e bandas neuromusculares), que permitiu a execução do plano de intervenção, sendo que, quando a pessoa apresenta uma dor controlada consegue realizar os seus autocuidados de forma mais autónoma, associando-se também uma melhoria na motivação e nas dimensões relacionais, como na aprendizagem e funções mentais e na relação com amigos e familiares.

A satisfação da pessoa e familiar foi um indicador de resultado que foi tido em conta ao longo de toda a aplicação do programa de ER funcional, sendo expressado verbalmente por estes (“Estou muito melhor desde a semana passada, já consigo tomar banho sozinho e até já me consigo levantar da cadeira e fazer os exercícios agarrado às grades da cama... Os exercícios que me ensinaram têm-me feito muito bem!”; “O meu marido está muito feliz por conseguir colocar-se de pé com ajuda só de uma pessoa... Há muito tempo que não conseguia... Até ficou emocionado quando me contou! E eu só tenho a agradecer todo o vosso esforço!”) (OE, 2018a).

Com a aplicação desta proposta estruturada de intervenção de cuidados de ER podem também verificar-se melhorias em indicadores de resultado como os ganhos em conhecimento da pessoa/cuidadores sobre técnicas de exercício muscular e articular, ganhos em conhecimento sobre dispositivos auxiliares (por exemplo para comer e beber), ganhos em conhecimento sobre adaptação nas AVD’s (por exemplo, andar) e ganhos em capacidade de adaptação nas AVD’s/para realizar AVD’s/para utilizar dispositivos auxiliares (OE, 2018a).

## **2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS**

Serão expostas neste capítulo as competências adquiridas ao longo do estágio final, na área das competências comuns de enfermeiro especialista, das competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e as competências relativas à categoria de mestre.

As competências comuns do enfermeiro especialista, perfazem um conjunto de domínios comuns a todas as especialidades de enfermagem, permitindo aos cidadãos ter conhecimento do que é expectável destes profissionais de saúde (Regulamento nº 140/2019). As competências comuns do enfermeiro especialista englobam as dimensões “da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento nº 140/2019, p.4744).

As competências especializadas do enfermeiro especialista são o aprofundamento das competências e dos conhecimentos do enfermeiro de cuidados gerais. Desta forma, o enfermeiro especialista, detém conhecimentos específicos de determinada área da enfermagem permitindo uma elevada capacidade de julgamento clínico e de tomada de decisão, que se repercute numa determinada área de intervenção, demonstrando um elevado nível de adaptação dos cuidados prestados às necessidades de saúde das pessoas em todos os níveis de prevenção (Regulamento nº 140/2019).

A obtenção do grau de mestre acarreta atingir um conjunto de competências. Segundo o Decreto Lei nº 63/2016, para alcançar este grau do ensino superior, a pessoa deve ser detentora de conhecimentos mais aprofundados, já obtidos ao nível do primeiro ciclo, numa determinada área de estudo, sendo que estes conhecimentos devem ser dirigidos e aplicados de forma original, principalmente a nível da investigação. Deve também conseguir aplicar os conhecimentos e capacidades, da sua área de estudo, de forma a solucionar problemas novos para si, num contexto multidisciplinar. É também necessária a capacidade de assimilação de novos conhecimentos, conseguindo solucionar questões complexas e emitir juízos de valor, mesmo quando a informação não está completa, conseguindo realizar reflexões éticas e sociais. A transmissão de conhecimentos e conclusões da pessoa detentora do grau de mestre deve ser clara e inequívoca, seja para especialistas na área ou para não especialistas. Assim como deve manter-se atualizado a nível de aprendizagem de forma autónoma.

## **2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Os domínios de competências comuns a todos os enfermeiros especialistas são quatro, nomeadamente, a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria continua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento 140/2019) e serão explanados seguidamente.

### **Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Cada profissional, no seu campo de intervenção, desenvolve uma prática profissional e ética, promovendo práticas de cuidados que garantem o respeito pelos direitos humanos e a auto-responsabilização pelas suas intervenções (Regulamento 140/2019).

Para além da garantia da prestação de cuidados de enfermagem que assegurassem a dignidade de cada pessoa cuidada, inerente à profissão de enfermagem, tendo por base o código deontológico da profissão, foram também garantidos os princípios éticos subjacentes à investigação em Enfermagem, que já foram inumerados em capítulo anterior. A confidencialidade, foi garantida restringindo à mestrandia o conhecimento dos dados referentes à pessoa participante no estudo e garantindo a destruição dos mesmos após a apresentação do relatório; a veracidade, tendo sido exposta de forma inequívoca o desenrolar de todo o projeto aos participantes e explicando claramente os riscos e benefícios de forma a garantir o conhecimento de toda a informação e o consentimento livre e esclarecido; a avaliação da maleficência, foi garantida, no sentido em que o projeto implementado teve em consideração não causar qualquer prejuízo à pessoa participante, por exemplo, não causar qualquer dano físico, dor ou sofrimento de qualquer natureza, considerando os riscos previsíveis e os possíveis; a fidelidade, foi garantida ao estabelecer uma relação de confiança com o participante; a justiça, sendo prestados cuidados de forma equitativa e não a determinada pessoa em detrimento de outra e a beneficência, tendo sido realizado o que foi considerado o melhor para a pessoa, assente em conhecimentos científicos comprovados (Nunes, 2013; Lei nº 156/2015).

O projeto foi avaliado pela comissão de ética do hospital onde se realizou, garantindo o cumprimento de todos os requisitos éticos e legais para a sua execução.

### **Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**

Cabe ao enfermeiro especialista ser dinamizador do desenvolvimento da instituição e da equipa em que está inserido através do suporte das iniciativas da instituição na área da governação clínica e da conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade. Na concretização das suas ações o enfermeiro especialista garante um ambiente terapêutico seguro (Regulamento nº140/2019).

Durante a realização do estágio final foi elaborada uma revisão sistemática da literatura com o título “Indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação em um programa de Reabilitação às pessoas em processo cirúrgico, com base no modelo de qualidade em saúde”, com o objetivo de perceber quais os indicadores existentes nos programas de reabilitação, nas dimensões Estrutura, Processo e Resultados, executados a pessoas com as características dos participantes neste estudo, sendo posteriormente realizada a apresentação desta revisão aos pares e à comunidade científica através da apresentação em contexto de cuidados, da apresentação em congresso científico (Anexo III) e da publicação da revisão supra citada (Anexo IV).

Foram também partilhados com os pares, em contexto de cuidados, os resultados obtidos com a implementação de programas de reabilitação na pessoa em processo cirúrgico e publicado artigo científico resultante dos achados encontrados no primeiro estágio, do segundo semestre deste mestrado, encontrando-se referido na bibliografia por Nascimento, Fonseca e Mousinho (2018).

Estas partilhas de resultados tiveram como objetivo dar a conhecer e encorajar a prestação de cuidados de qualidade, mas também promover o interesse pela melhoria contínua dos cuidados prestados, percebendo por exemplo, quais os indicadores sensíveis aos cuidados de ER que podem ser explorados, motivando o seu desenvolvimento e a realização de mais estudos neste âmbito.

Durante o processo de prestação de cuidados foi considerada a gestão ambiental e os riscos para a pessoa, família/cuidador e integrantes da equipa de saúde, transmitindo conhecimentos e mostrando disponibilidade para a garantia da satisfação de necessidades culturais e espirituais.

### **Competências do domínio da gestão de cuidados**

É também competência do enfermeiro especialista gerir os cuidados prestados, ajustando-os, em comunhão com a equipa de profissionais de saúde disponível e adequar a liderança e a gestão de recursos à situação particular de cada pessoa cuidada com o objetivo de prestar cuidados de qualidade (Regulamento nº 140/2019).

Durante os estágios realizados foram prestados cuidados à pessoa em processo cirúrgico articulando as suas necessidades com os recursos materiais e humanos existentes e solicitada e/ou demonstrada necessidade de colaboração bidireccionalmente. Dentro da equipa multidisciplinar existente, por exemplo, foi solicitada, quando necessário, a necessidade de personalização de dieta para um correto aporte nutricional ao utente e feita uma gestão de recursos humanos e materiais, consoante as necessidades sentidas e a equipa identificou, em alguns casos, a necessidade da intervenção da ER, solicitando a nossa colaboração.

Durante a gestão de cuidados foi necessário otimizar frequentemente o processo de cuidados, sendo discutido com a equipa e utente, por exemplo, a gestão dos momentos de cuidados prestados, no sentido de não coincidir com horários de exames ou de trabalho com outros elementos da equipa e atualizada a situação do utente, em registo informático e oralmente, de forma a existir continuidade de cuidados, nomeadamente a capacidade do utente para a realização dos seus autocuidados, de forma a promover a sua autonomia.

As tarefas delegadas, seja a outros profissionais, seja aos cuidadores, decorreram de orientação prévia e supervisão, de forma a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.



## **Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O EEER detém conhecimentos e executa a sua prática baseado em padrões de conhecimento válidos e sólidos, desenvolvendo um apurado autoconhecimento e assertividade, reconhecendo a sua importância e influência no processo terapêutico do utente (Regulamento nº 140/2019).

Ao longo dos estágios realizados foram executadas constantemente revisões da literatura consultando bibliografia fidedigna, complementando os conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas e práticas e a partilha de conhecimentos com os enfermeiros orientadores, acrescentando, desta forma, novos conhecimentos na área da especialidade. Esta atualização de saberes foi despertada pela auto-perceção das limitações a nível de conhecimento e das necessidades que os utentes pudessem sentir, possibilitando a criação de uma relação de ajuda e de uma relação terapêutica com a pessoa e uma relação profissional com os outros elementos da equipa permitindo a adaptação à equipa e à organização de forma a dar resposta aos conflitos potenciais e reais que foram surgindo.

Como referido anteriormente, foi dado a conhecer às equipas onde decorreu o estágio final, a revisão sistemática da literatura realizada de forma a mostrar uma forma de investigação atual, cada vez mais utilizada, como forma de incentivo à sua realização e divulgação, para além da apresentação dos resultados obtidos com a aplicação de programas de reabilitação a pessoas em processo cirúrgico, dando a conhecer a importância da continuação destes programas.

## **2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

A ER integra um conjunto de conhecimentos e procedimentos, “que previne recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem deficit funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial (...)”, entre outros, tendo o intuito de maximizar a funcionalidade e o autocuidado da pessoa, promovendo o seu desenvolvimento e independência (Regulamento nº 350/2015, p.16656).

Assim, o objetivo da ER é ajudar a pessoa com necessidades especiais, ao longo do seu ciclo de vida, concebendo, implementando e monitorizando planos de intervenção de ER que visam o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações. Neste sentido para além de executar técnicas específicas, o EEER, pode prescrever produtos de apoio e educar a pessoa e/ou cuidador em todos os contextos da prática de cuidados com o intuito de integra-la na comunidade (Regulamento nº 350/2015).

**Competência específica de EEER - Cuidar “de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Regulamento nº 125/2011).**

Durante o estágio final foram identificadas necessidades de intervenção especializada em ER a pessoas com défice no autocuidado devido à sua condição de saúde por doença súbita ou agravamento de doença crónica, tendo sido concebidos, implementados e avaliados programas de intervenção especializados, baseados na identificação das necessidades verificadas, com o intuito de reintegrar a pessoa na comunidade em que estava anteriormente inserida (Regulamento nº 350/2015).

Para conseguir atingir os objetivos propostos foram aplicadas escalas e instrumentos de avaliação de funcionalidade da pessoa, nomeadamente a MIF (DGS, 2011) e o ENCS (Fonseca e Lopes, 2014), permitindo a avaliação das funções motoras, sensoriais, cognitivas e cardiorrespiratórias. Desta forma, foi identificada a capacidade funcional da pessoa, percebendo o seu nível de dependência e a sua capacidade de resposta face às atividades de vida diárias (Regulamento nº125/2011).

Com base nas avaliações realizadas foram identificadas as necessidades de intervenção da pessoa e diagnosticadas as respostas humanas desadequadas aos vários níveis das funções do indivíduo (motor, cardiorrespiratório, sensorial, cognitivo, alimentação, eliminação e da sexualidade) no sentido de planear um programa de intervenção adaptado às capacidades encontradas. Assim, foram elaborados programas de intervenção de ER com base nas avaliações realizadas e após discussão, com a pessoa alvo dos cuidados, dos objetivos pessoais e como a ER poderia ajudá-la no sentido de prevenir e/ou reeducar as alterações da funcionalidade nas funções anteriormente referidas, no sentido de promover a maior autonomia possível e o consequente aumento da qualidade de vida (Regulamento nº125/2011).

No decorrer da conceção destes planos foram identificados os produtos de apoio que poderiam ajudar a pessoa na sua reabilitação, nomeadamente, no serviço de ortopedia, foi realizado ensino e treino com auxiliares de marcha (andarilho e canadianas) de forma a auxiliar e compensar a perda de funcionalidade do membro intervencionado (colocação de prótese total/parcial de anca e colocação de prótese total/parcial de joelho) (Regulamento nº125/2011).

Foram, então aplicados programas de reeducação funcional respiratória, motora, sensorial, cognitiva, de alimentação e eliminação a várias pessoas em processo cirúrgico, sendo ensinadas, demonstradas e treinadas as intervenções planeadas com o intuito de promover o autocuidado e permitir a adaptação da pessoa no seu contexto domiciliário e social. Por exemplo, a pessoa foi inquirida sobre condições habitacionais de forma a perceber qual o lado da cama pelo qual seria mais vantajoso treinar a transferência e quais as adaptações que poderia fazer para que pudesse ser o mais autónoma possível no seu espaço, nomeadamente necessidade de cadeira de rodas e auxiliares de marcha (Regulamento nº125/2011).

Os programas implementados foram sujeitos a avaliações sistemáticas, com aplicação das escalas em diferentes períodos de execução dos mesmos e outras avaliações necessárias, por exemplo, avaliação da força e do equilíbrio, consoante necessidade verificada. Estas avaliações permitiram perceber os ganhos sensíveis aos cuidados de ER a nível da saúde (Regulamento nº 350/2015) (como os ganhos em capacidade para andar ou os ganhos em capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular (OE, 2018a)), a nível pessoal (a satisfação demonstrada a nível informal pelas pessoas quando se apercebiam que tinham conquistado um objetivo, por exemplo, “- A melhor sensação que tive desde que aqui estou foi a de conseguir colocar-me de pé apenas com o apoio de uma pessoa... Ainda há pouco tempo só o conseguia fazer com duas pessoas a segurarem-me”) e a nível familiar e social (a maior interação com a família quando havia recuperação e a perspetiva de conseguir adaptar-se à nova condição de forma a poder reingressar-se na sociedade).

**Competência específica de EEER – “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (Regulamento nº 125/2011).**

Foram realizados treinos de AVD's integrados nos programas de reeducação funcional de ER, fazendo ensinamentos, treinando e supervisionado com a pessoa e cuidador técnicas específicas de autocuidado, por exemplo, ensino no autocuidado de vestir e despir (explicando os cuidados a ter, no caso da pessoa em processo cirúrgico ortopédico ou na pessoa com hemiparesia/hemiplegia, técnicas que facilitem este autocuidado), integrando produtos de apoio (adaptações de pegadas, seja de talheres, seja de esponja de banho e/ou ensinamentos de utilização de cadeira de rodas/andarilho/canadianas), quando necessário, com o objetivo da aquisição da máxima capacidade funcional possível (Regulamento nº 125/2011).

Todos os programas de reeducação funcional de ER tiveram em vista a integração da pessoa na sociedade em que se insere, percebendo, junto com a pessoa e família/cuidador, por exemplo, as barreiras arquitetônicas com que se poderão deparar seja no domicílio, seja na comunidade envolvente (por exemplo existência de escadas e necessidade de deslocação em cadeira de rodas), incentivando a saída do domicílio e o convívio com a comunidade envolvente, tendo em conta o padrão de vida anterior e a vontade da pessoa (Regulamento nº 125/2011).

**Competência específica de EEER – “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento nº 125/2011).**

Durante a conceção e implementação dos programas de reeducação funcional de ER foram estabelecidas relações terapêuticas que permitiram o estabelecimento de objetivos que fossem de encontro aos interesses da pessoa e o seu desenvolvimento pessoal, promovendo a maximização das suas capacidades funcionais. Neste sentido, foram explicados os mecanismos dos aparelhos motor e cardiorespiratório à pessoa, de forma simples, reforçando a importância da continuação do treino e quais os reais objetivos que poderiam ser atingidos, garantindo a confiança e prevenindo a frustração futuras (Regulamento nº 125/2011).

Fez também parte da execução destes programas o ensino, a instrução e o treino das técnicas integrantes do programa, tendo em atenção os objetivos da pessoa e adaptando ou reformulando estas técnicas sempre que necessário através da avaliação sistemática dos resultados obtidos, fosse através de escalas ou instrumentos de avaliação ou da vontade e necessidade específica de cada pessoa (Regulamento nº 125/2011).

Todo o processo teve em vista a promoção da saúde e prevenção de lesões, havendo uma interação e coordenação constante com a restante equipa multidisciplinar no sentido de perceber a evolução da pessoa e discutir as melhores estratégias para atingir os objetivos.

### **2.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE**

O aprofundamento de conhecimentos está já inerente à profissão de enfermagem que, de acordo com o código deontológico da profissão, refere que o enfermeiro tem o dever de manter, continuamente, os conhecimentos atualizados permitindo, desta forma, prestar cuidados com competências relacionais, técnicas e científicas de qualidade, indo de encontro ao direito do cliente de ter cuidados baseados nos mais recentes conhecimentos nos vários domínios (Lei nº 156/2015). A formação inicial, na escola, proporciona o início do trajeto profissional que deve ser progressivo e evolutivo em conjunto com formação e atualização adequadas, permitindo a melhoria de conhecimento e da capacidade de reflexão (Lei nº 156/2015), e é também neste contexto que surge o desejo de aprofundamento de conhecimentos, permitindo dar respostas mais especializadas às necessidades dos clientes no sentido da prestação de cuidados de excelência. Todo o presente relatório vem comprovar este aprofundamento de conhecimentos, na área da ER, partilhados com vários profissionais e o investimento individual no sentido da melhoria continua da prestação de cuidados, baseada na evidência científica.

Ao longo do mestrado foi possível o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais que permitiram dar respostas aos novos desafios apresentados, através dos conhecimentos transmitidos pelos professores, por outros profissionais e pela pesquisa bibliográfica e científica realizada, dando origem a este relatório e a artigos extraídos deste, tendo sido transmitidos os resultados deste relatório através de publicações de artigos, apresentação em contexto formal e informal aos pares e à comunidade científica.

### 3. CONCLUSÃO

O número de pessoas em situação de dependência, com consequente perda de capacidade para execução dos seus autocuidados tem vindo a aumentar progressivamente ao longo dos anos, principalmente, devido ao aumento de pessoas com doença crónica e ao envelhecimento populacional que se verifica a nível mundial e particularmente em Portugal, observando-se défice de funcionalidade, desta faixa etária, pela diminuição das capacidades físicas e mentais, consequentes do aumento da idade.

A intervenção cirúrgica torna-se, em muitos casos, a única forma de garantir a vida ou impedir a perda de funcionalidade da pessoa, mas é também uma das causas da perda de autonomia temporária ou permanente, seja pelas características da própria doença/pessoa, pelas características da cirurgia e/ou pelas consequências adversas desta. As necessidades cirúrgicas têm vindo a aumentar, pelo envelhecimento populacional, aumento de doenças crónicas e também pela evolução de conhecimentos e tecnologias, nesta área, permitindo a resolução ou melhoria de situações de doença/incapacidade que anteriormente não seriam resolúveis.

Desta forma, tendo em conta as necessidades populacionais e, em particular, as da pessoa em processo cirúrgico torna-se imperativa a intervenção do EEER, no sentido de colmatar o défice no autocuidado, uma vez que as funções do EEER englobam a promoção da maximização da maior funcionalidade possível e consequente independência nas AVD's, com o intuito de atingir a maior qualidade de vida possível destas pessoas e a sua reintegração na sociedade que a envolve.

A teoria do défice do autocuidado de Orem permitiu identificar, na pessoa em processo cirúrgico, as necessidades desta e elaborar um projeto de intervenção tendo em conta essas mesmas necessidades, permitindo a progressão da pessoa com o intuito de diminuir a ajuda que lhe é prestada e aumentar a sua autonomia. Assim, ao longo do percurso académico, foram realizados vários programas de intervenção, individualizados, que colmataram no plano de intervenção de ER à pessoa em processo cirúrgico sumariamente apresentado neste relatório.

No sentido de fundamentar o estudo realizado foi realizada uma revisão sistemática da literatura que permitiu perceber quais os indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de ER que podiam ser identificados em programas de reabilitação, ressaltando a importância destes indicadores para a realização de cuidados de ER de qualidade, com busca da excelência e transpondo-os para a prática.

Para a concretização dos objetivos propostos, que incluíam a demonstração dos ganhos sensíveis aos cuidados de ER através do planeamento e execução de uma proposta estruturada de intervenção nesta área, foi usada uma metodologia qualitativa com base no método de estudos de caso múltiplos de Robert Yin e na teoria de médio alcance da relação enfermeiro-doente de Lopes baseada na teoria do défice do autocuidado de Orem, que nos permitiu sistematizar o estudo realizado e humanizar este processo através do estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa durante a avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica.

A aplicação dos instrumentos de avaliação ENCS e MIF e escalas de avaliação, fiáveis e válidos, englobados na realização de planos de intervenção de reabilitação permitiram a demonstração de resultados positivos e ganhos sensíveis aos cuidados de ER após a intervenção, nomeadamente a nível da funcionalidade e dos autocuidados, que aumentaram significativamente em todos os estudos de caso explanados. Estes resultados traduzem-se em indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de ER, positivos, principalmente a nível da dimensão Resultados, como por exemplo, ganhos em capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado; ganhos em capacidade para andar e a taxa de resolução do equilíbrio corporal comprometido. Destacam-se também indicadores de qualidade relativos à dimensão Estrutura, como por exemplo, a percentagem de clientes a quem foi aplicada escala para avaliação da força muscular e a percentagem de clientes nos quais foi aplicada a escala de Berg para avaliar o equilíbrio corporal. Na dimensão Processo, podemos identificar, por exemplo, a percentagem de clientes a quem foi aplicado plano e/ou programa de reabilitação para maximizar as capacidades funcionais.

Foi também possível perceber a importância da utilização de métodos não farmacológicos, como a massagem terapêutica e as bandas neuromusculares, a nível do controlo sintomático da dor e reacquirição de funcionalidade e como podem ser um complemento precioso para o EEER na execução dos planos de ER programados.

Todo o percurso realizado para a concretização deste relatório permitiu adquirir competências comuns de enfermeiro especialista, específicas de EEER e competências de mestre. Desta forma, foram prestados cuidados fundamentados, com valor ético e profissional, com o objetivo da melhoria contínua dos cuidados prestados, nos diferentes locais de estágio, adequando-os aos recursos existentes, com autoconsciência das necessidades de aprendizagem, limitações e sobretudo da importância da intervenção da ER realizada. O estudo executado, permitiu demonstrar de que forma se promoveu a capacitação da pessoa, nos vários contextos da prática de cuidados, de diferentes faixas etárias e com diferentes necessidades, aplicando e avaliando programas de reabilitação funcional individualizados e

adequados às necessidades identificadas, com o objetivo de maximizar as capacidades da pessoa e a sua funcionalidade. Por fim, a execução deste relatório permitiu explicar as competências de mestre adquiridas através da demonstração de aquisição de novos conhecimentos, em ambientes de cuidados diferentes que exigiram a resolução de problemas complexos na área da ER e com a produção final de resultados positivos, podendo ser adaptados na pessoa adulta, em processo cirúrgico e com défice no autocuidado, mas, considerando o número limitado de estudos de caso a generalização poderá não ser viável, no entanto, a continuação do mesmo poderá permiti-lo.

Ressaltamos aqui também a importância da ER em contexto cirúrgico e consequentemente a importância destes profissionais nesta realidade. Na revisão sistemática da literatura, constatamos que a dimensão Estrutura seria a menos investigada, sendo pertinente perceber a importância dos recursos humanos (EEER) nesta área.



## 4. BIBLIOGRAFIA

ACSS (2015). Circular normativa n.º 11/2015 de 21 de julho de 2015. Lisboa, Portugal: Ministério da saúde.

Baltes, B. e Smith, J. (2004). Lifespan Psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. *Research in human development*. 1(3), 123-144. doi: 10.1207/s15427617rhd0103\_1.

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Boechat, J., Manhães, F., Filho, R. e Istoe, R. (2012). A síndrome do imobilismo e seus efeitos sobre o aparelho locomotor do idoso. *Revista Científica Internacional*, 1 (5), 89 -193. doi:10.6020/1679-9844/2205.

Botelho, M., Fonseca, C., Suhonen, R., Basto, M. e Ramos, A. (2015). Intervenções de enfermagem individualizadas: uma revisão da literatura. *Pensar enfermagem*. 1(1).

Braga, R. (2016). Reeducação de deglutição. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa (coord.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (181-202). Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

Briggs, J. (2018) Joanna Briggs Institute. Recuperado a 20 de Setembro de 2018 em: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>.

Broschius, C., Spigelmyer, P. e Brechenridge, S. (2015). Effects of bedtime nursing care on perceptions of caring for patients on rehabilitation unit. *International journal for human caring*. 19(4), 54-61.

Bui, J.; Mendis, R.; VanGelder, J.; Sheridan, M.; Wright, K. e Jaeger, M. (2011). Is postoperative intensive care unit admission a prerequisite for elective craniotomy? *Journal of Neurosurgery*, 115(6), 1236-1241. doi: 10.3171/2011.8.

Buzkurt, U. e Yilmaz (2016). The Determination of Functional Independence and Quality of Life of Older Adults in a Nursing Home. *International Journal of Caring Sciences*. 9 (1), 198-210.

Canet, J. e Mazo, V. (2010): Postoperative pulmonary complications. *Minerva Medica*. 76 (2). 138-143.

Carretas, N. e Fonseca, C. (2018). *Modelo de Autocuidado para pessoas em processo cirúrgico: Ganhos dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação* (Dissertação de mestrado). Universidade de Évora, Évora, Portugal.

Carrilho, M. e Craveiro, M. (2015). A situação Demográfica recente em Portugal. *Revista de estudos demográficos*, 4 (54), 57-107.

Canhestro, A. e Basto, M. (2016). Resultados sensíveis às intervenções de enfermagem na promoção do envelhecimento saudável: uma revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 48-71.

Cavill, S., McKenzie, K., Munro, A., MsKeever, J., Whelan, L., Biggs, L.,... e Haines, T. (2016). The effect of prehabilitation on the range of motion and functional outcomes in patients following the total knee or hip arthroplasty: A pilot randomized trial. *Physiotherapy theory and practice*, 12 (4), 262-270. doi: [10.3109/09593985.2016.1138174](https://doi.org/10.3109/09593985.2016.1138174).

Coelho, C.; Barros, H. e Sousa, L. (2016). Reeducação da função sensoriomotora. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa (coord.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (227-251). Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2015). *Tabelas CIPE – versão 2013*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Cordeiro, M. e Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Lisboa, Portugal: Lusociência.

Couto, G. (2012). *Autonomia/Independência no Autocuidado Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.

Dawson, S. (2003). *Enfermagem Cirúrgica: prática avançada*. Loures, Portugal: Lusociência.

DGS (2003). Circular normativa N°9/DGCG de 14 de Junho: A Dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático da intensidade da Dor. DGS.

DGS (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa, Portugal: DGS.

DGS (2010). Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009: Cirurgia segura salva vidas. Lisboa, Portugal: DGS.

DGS (2011). Norma da Direção-Geral de Saúde nº 054/2011: Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina e de Reabilitação. Lisboa, Portugal: DGS.

DGS (2013). Norma nº015/2013: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Norma da DGS.

Dindo D, Demartines N, Clavien P. (2004). Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Annals of Surgery*, 240(2), 205-213. doi: [10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae](https://doi.org/10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae)

Doran, D., Sidani, S., Keatings, M. e Doidge, D. (2002). An empirical test of Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*. 30 (1), 29-39.

Eccleston, C., Weels, C. e Morlion, B. (2018). European pain management. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.

Filho, E. e Netto M. (2006). *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. (2ª ed). São Paulo, Brasil: Atheneu.

Florentino, D., Sousa, F., Maiworn, A., Carvalho, A. e Silva, K. (2012). A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*, 11 (2), 50-57. Recuperado de: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=326](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=326).

Fonseca, C. e Lopes, J. (2014). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidade de cuidados de enfermagem* (Tese de Doutoramento). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Garakyarraghi, M., Givi, M., Moeini, M., e Eshghinezhad, A. (2014). Qualitative study of women's experience after therapeutic massage. *Iranian Journal of Nursing and Midwife Research*. 19(4), 390-395.

Gaspar, J., Oliveira, M. e Duayer, M. (2007). Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. *Revista Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 41(4), 619-628. Recuperado de: [www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/763.pdf](http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/763.pdf)

Gatens, C. e Hebert, A. (2011). Cognição e padrões comportamentais. In: Hoeman, S. (2001). *Enfermagem de Reabilitação: processo e aplicação* (621 – 643). (2ª ed). Loures, Lisboa: Lusociência.

Gibbs, N. e Borton, C.(2006). Safety of anesthesia in Australia. A review of anaesthesia mortality 2000–2002. *Australian and New Zealand College of Anaesthetists*. Melbourne, Australia.

Gonçalves, N. (2016). *Avaliação e reabilitação cognitiva em doentes com tumor cerebral: o programa opportunity*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Guimarães, R. e Cunha, U. (2004). *Sinais e sintomas em geriatria* (2ª ed). São Paulo, Brasil: Atheneu.

Gunnarsdottir, T., Vilhjalmsón, R. e Hjaltadottir, I. (2018). Complementary therapies in clinical practice. *Elsevier*. 32, 65-69. doi: 10.1016/j.ctcp.2018.05.006.

Haber, J. (2001). Amostragem. In: G., Lobiondo-Wood, J., Haber, *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização* (4ªed), 140-155. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.

Hartweg e Pickens (2016). A concept analysis of normalcy within Orem's self-care deficit nursing theory. *Self-care, dependent-care & nursing*. 22 (1), 5-13.

Hesbeen, W. (2008). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures, Lisboa: Lusociência.

Hoeman, S. (2001). *Enfermagem de Reabilitação: processo e aplicação* (2ª ed). Loures, Lisboa: Lusociência.

Hoeman, S. (2011): *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed.). Loures, Lisboa: Lusodidacta.

HGO (2014). *Relatório de Governo Societário 2014*. Recuperado a 03 de Novembro de 2018 em: [www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/RelatorioGestao.aspx](http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/RelatorioGestao.aspx)

HGO (2015). *Regulamento Interno do Hospital Garcia da Orta, EPE*. Recuperado a 03 de Novembro de 2018 em: <http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/RegulamentoInterno.aspx>

HGO (2016). *Relatório e Contas de 2016*. Recuperado a 03 de Novembro de 2018 em: <http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/RelatorioContas.aspx>

HGO (2019). Programa informático interno Balanced scorecard – First Target. HGO.

INE (2011). *Censos 2011 – Resultados Preliminares*. Lisboa, Portugal: INE.

INE (2012). *Saúde e incapacidades em Portugal 2011*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística, IP.

INE (2016). *Destaque - Informação à comunicação social: Os hospitais oficiais realizaram quase 3/4 das grandes e médias cirurgias em 2014*. Recuperado a 03 de Janeiro de 2019 em: [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=257430378eatt\\_display=ne-att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=257430378eatt_display=ne-att_download=y).

INE (2017). *Estatísticas demográficas – 2016*. Recuperado a 10 de Dezembro de 2018 em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine\\_publicacoesPUBLICACOES-pub\\_boui=277094583ePUBLICACOESmodo=2exlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine_publicacoesPUBLICACOES-pub_boui=277094583ePUBLICACOESmodo=2exlang=pt)

INE (2018). *Boletim Mensal de Estatística 2018*. Recuperado a 04 de Janeiro de 2019 em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine\\_publicacoesPUBLICACOES-pub\\_boui=339334653ePUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine_publicacoesPUBLICACOES-pub_boui=339334653ePUBLICACOESmodo=2)

Juan, K. (2007). O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. *Psicologia Hospitalar*, 5(1), 48-59. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092007000100004&lng=pt&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092007000100004&lng=pt&lng=pt).

Karakashian, A. e Smith, N. (2018). Orem's self-care model: Integration into practice. *Cinahl Nursing guide*.

Kase, K; Lemos, T. e Dias, E. (2013). *Kinesio Taping: introdução ao método e aplicações musculares*. São Paulo, Brasil: Livraria e editorial Andreoli.

Killington, M.; Walker, R. e Crotty, M. (2016) The chaotic journey: Recovering from hip fracture in a nursing home. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*. 67, 106-112. doi:[10.1016/j.archger.2016.07.004](https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.07.004)

Kisner, C. e Colby, L. (2015). *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas*. (6ª ed). São Paulo, Brasil: Editora Malone.

Koç, Z. (2015). The investigation of factors that influence self-care agency and daily life activities among the elderly in the northern region of Turkey. *Collegian*. 22(3), 251-256. doi: [10.1016/j.collegn.2014.01.002](https://doi.org/10.1016/j.collegn.2014.01.002)

Köroglu, F., Çolak, T. e Polat, M. (2017). The effect of Kinesio taping on pain, functionality, mobility and endurance in the treatment of chronic low back pain: A randomized controlled study. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*. 30, 1087–1093. doi: [10.3233/BMR-169705](https://doi.org/10.3233/BMR-169705).

Kos, N.; Kos, B. e Benedicic, M. (2016). Early medical rehabilitation after neurosurgical treatment of malignant brain tumors in Slovenia. *Radiology e Oncology*. 50 (2), 139-144. doi: [10.1515/raon-2015-0004](https://doi.org/10.1515/raon-2015-0004).

Kramlich, D. (2017). Complementary health practitioners in the acute and critical care setting: nursing considerations. *Critical care nurse*. 37(3), 60-65. doi: [10.4037/ccn2017181](https://doi.org/10.4037/ccn2017181).

Kumble, S., Zink, E., Burch, M., Deluzio, S., Stevens, R. e Bahouth, M. (2017). Physiological effects of early incremental mobilization on a patient with acute intracerebral and intraventricular hemorrhage requiring dual external ventricular drainage. *Neurocritical care*. 27 (1), 115-119. doi:[10.1007/s12028-017-0376-9](https://doi.org/10.1007/s12028-017-0376-9)

Kurabe, S., Ozawa, T., Watanabe, T. e Aiba, T. (2010) Efficacy and safety of postoperative early mobilization for chronic subdural hematoma in elderly patients. *Acta Neurochirurgica*. 152 (7), 1171-1174. doi:[10.1007/s00701-010-0627-4](https://doi.org/10.1007/s00701-010-0627-4).

Lall, R.; Irfan, S.; Jayavelu, J. e Saxena, S. (2017). Functional gain in stroke patients based on functional independent measure. *Indian Journal of Physiotherapy e Occupational Therapy*, 11 (3) 192-194. doi: 10.5958/0973-5674.2017.00102.2.

Levack, W. (2018). Goal setting in rehabilitation. In: Lennon, S.; Ramdharry, G. e Verheyden, G. *Physical management for neurological conditions* (4ªed). (91-109). Polonia: Elsevier.

Lima, A. (2014). *A Reabilitação e a Independência Funcional Do Doente Sujeito a imobilidade*. (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Viana do Castelo, Portugal.

Löfgren, S., Hedström, M., Ekstrom, W., Lindberg, L., Flodin, L. e Ryd, L. (2015). Power to the patient: care tracks and empowerment a recipe for improving rehabilitation for hip fracture patients. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*. 29 (3), 462-469. doi:[10.1111/scs.12157](https://doi.org/10.1111/scs.12157).

Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra, Portugal: Formasau.

Lopes, M.; Gomes, S. e Almada-lobo, B. (2018). *Os cuidados de Enfermagem Especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Recuperado de 14 de Janeiro de 2019 em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9411/estudocuidadosespecializadosenfermagem\\_oeinescte.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9411/estudocuidadosespecializadosenfermagem_oeinescte.pdf)

López-Liria, R., Padilla-Gónora, D., Catalan-Matamoros, D., Rocamora-Pérez, P., Pérez-de la Cruz, S., Fernández-Sanchez, M. (2015). Home-Based versus Hospital-Based Rehabilitation Program after Total Knee Replacement. *BioMed Research International*. 1-9. doi:[10.1155/2015/450421](https://doi.org/10.1155/2015/450421)

Lourenço, M. (2015). *A promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado: um modelo de intervenção de enfermagem em cuidados continuados*. (Dissertação de mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, Portugal.

Lussi, I., Pereira, M. e Junior, A. (2006). A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(3), 448-456. doi: 10.1590/S0104-11692006000300021

Malcato, M. (2016). A pessoa submetida a cirurgia cardiorácica. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa (coord.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (515-523). Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

McDonald K., Sundaram, V., Bravata, D., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S., ... Owens, D. (2007). Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. *Agency for Healthcare Research and Quality*, Rockville, 7. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44015/>.

Meirinhos, M. e Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *Eduser: revista de educação*. 2 (2), 49-65. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10198/3961>.

Melnyk, B., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. e Williamson, K. (2010) Searching for the Evidence: Strategies to help you conduct a successful search. *American Journal of Nursing*. 110(1), 51-53.

Mendes, R. e Chaves, C. (2012). Alterações da mobilidade após internamento prolongado em cuidados intensivos. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, 31, 6-12. Recuperado de: <https://pt.sli-deshare.net/ucipista/alteraes-da-mobilidade-aps-internamento-prolongado-em-cuidados-intensivos>.

Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures, Lisboa, Portugal: Lusociência.

MCEER (2011). *Parecer 12/2011: parecer sobre atividades de vida diária*. Lisboa, Portugal: OE.

Migott, A. (2000). *Cuidando construtivamente de enfermeiros que vivenciam sentimentos de desvalorização: desvelando questões existenciais entre o Agir Ético e o Técnico da Profissão* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

Ministério da Saúde (2016). Relatório Anual: Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas. Recuperado a 3 de Janeiro de 2019 em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatório-Acesso-SNS\\_2016-vf.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatório-Acesso-SNS_2016-vf.pdf)



Ministério da Saúde (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. Medicina Física e de Reabilitação*. Recuperado 3 de Janeiro de 2019 em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/2017-01-27-RNEHRMedFisicaReabVersaoFinal.pdf>

Ministério da Saúde (2018). *Retrato da saúde*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Monahan, F. (2010). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

NAEMT (2007). *Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado*. Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier.

Nogueira, P., Afonso, D., Alves, M., Vicêncio, P., Silva, J., Rosa, M. e Costa, A. (2014). *Portugal: idade maior em números -2014: A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde.

Norma I.S.O. 9999/2007. Organização Internacional de Normalização. Recuperado a 20 de Fevereiro de 2019 de: [http://www.inr.pt/uploads/ISO%209999%20lista%20a%20publicar1\\_convertido.pdf](http://www.inr.pt/uploads/ISO%209999%20lista%20a%20publicar1_convertido.pdf).

Nunes, A. (2017). Demografia, envelhecimento e saúde: uma análise ao interior de Portugal. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(1), 133-154. doi: [10.23925/2176-901X.2017v20i1p133-154](https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p133-154).

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em Enfermagem*. Recuperado a 12 de Agosto de 2018 em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

Oliveira, L. e Menezes, R. (2011) Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. *Texto e Contexto – Enfermagem*, 20(2), 301-309. doi: 10.1590/S0104-07072011000200012.

OE (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Recuperado a 15 de Setembro de 2018 em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE\\_Indicadores-VFOut2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf)

OE (2009). Guia de Boa Prática de cuidados de Enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular. *Cadernos OE*. 1(2). Lisboa: DPI Cromotipo.

OE (2013). Guia orientador de boas práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – Posicionamentos, transferências e treino de deambulação. *Cadernos OE*, 1 (7). Recuperado de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP\\_Mobilidade\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf).

OE (2015). Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro: Regulamento do Exercício profissional do enfermeiro: Estatuto. *Diário da República*, 1ª série, nº 181, 8059-8105.

OE (2016). *Enfermagem de Reabilitação: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Recuperado a 15 de Setembro de 2018 em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolha-DadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolha-DadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf).

OE (2018a). *Bilhetes de identidade dos indicadores que integram o core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Recuperado a 22 de Setembro de 2018 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5443/enfermagemreabilitacao.pdf>.

OE (2018b). Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória. *Cadernos OE*. 1(10). Recuperado de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp\\_reabilitação-respiratória\\_mceer\\_final-para-divulgação-site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf).

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby.

Papathanassoglou, E. et al. (2018). Effects of an integrative nursing intervention on pain in critically ill patient: a pilot clinical trial. *American journal of critical care*. 27(3), 172-185. doi: 10.4037/ajcc2018271.

Penna, S. e Diogo, M. (2005). Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 13(5), 663-669.

Pereira, A. e Bachion, M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27 (4), 491-498. Recuperado de: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633/2548>.

Petronilho, F. e Machado, M. (2016). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a construção do cuidado de Reabilitação. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa (coord.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (3-14). Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

Petronilho, F.; Magalhães, M.; Machado, M. e Vieira, M. (2010). Caracterização do doente após evento crítico: impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Revista sinais vitais*, 41-47.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Lisboa: Lusociência.

Pivoto, F., Filho, W., Santos, S., Almeida, M., Silveira, S. (2010). Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós- operatório de cirurgias cardíacas. *Acta Paulista de Enfermagem*. 23(5), 665-670.

Queirós, J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7.

Queirós, P.; Vidinha, T. e Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 157–164. doi: 10.12707/RIV14081.

Quintana, J. e Kalil, R. (2012). Cirurgia cardíaca: manifestações psicológicas do paciente no pré e pós-operatório. *Psicologia hospitalar*. 10 (2), 17-32. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092012000200003&lng=pt&ptetlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092012000200003&lng=pt&ptetlng=pt).

Regulamento nº 125/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2ª série, nº 35. 8658-8659.

Regulamento nº 149/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série, nº 26. 4744- 4750.

Regulamento nº 350/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2ª série, nº 119. 16655-16660.

Reis, G.; Grilo, E.; Fonseca, C.; Fernandes, M.; Ferreira, R.; Bule, M. e Ribeiro, E. (2018). Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação Planeamento: “Estágio Final”, 3º Semestre, Ano letivo 2018-2019 do mestrado em Enfermagem em associação. Universidade de Évora. Évora, Portugal.

Renaud, I. (2010) Cuidar em enfermagem. *Pensar enfermagem*, 14(1), 2-8.

Ribeiro, M. e Bezerra, W. (2015). A reabilitação psicossocial como estratégia de cuidado: percepções e práticas desenvolvidas por trabalhadores de um serviço de saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 26(3), 301-308. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i3p301-308>

Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 4 (10) 125-133. doi: 10.12707/RIV.16008.

Rocha, C. e Redol, F. (2016). Intervenção de Enfermagem com a pessoa com alterações da eliminação vesical e intestinal. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa (coord.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (271-279). Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

Salgueiro, J. e Sequeira, C. (2014). *Dificuldades dos enfermeiros na comunicação com doentes afásicos*. (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Salviano, M.; Nascimento, P.; Paula, M.; Vieira, C.; Frison, S., Maia, M. ... Borges, E. (2016). Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1240-1245. doi: [10.1590/0034-7167-2016-0331](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0331).

Sampaio, L., Moura, C. e Resende, M. (2005). Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: Revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51 (4), 339-346.

Santos, L. (2016). O processo de reabilitação. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa (coord.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (15-23). Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

Segurança social (2017). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Recuperado a 10 de Janeiro de 2019 em: <http://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.

Shyu, Y., Liang, M., Tseng, M., Li, H., Wu, C., Cheng, H., ... Yang, C. (2013). Comprehensive and subacute care interventions improve health-related quality of life for older patients after surgery for hip fracture: A randomised controlled trial. *International Journal Of Nursing Studies*, 50 (8), 1013-1024. doi:[10.1016/j.ijnurstu.2012.11.020](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.020).

Silva, D., Baglio, P., Gazzana, M. e Barreto, S. (2009): Avaliação pulmonar e prevenção das complicações respiratórias perioperatórias. *Revista brasileira de clínica médica*, 7 (2), 114-123.

Silva, M. (2010). *Ruídos e interferências na comunicação médico-doente: Uma revisão bibliográfica*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Silva, S. (2016). Cuidados de Enfermagem à pessoa com doença neurológica degenerativa. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa (coord.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (475-486). Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

Siqueira, E. e Diccini, S. (2017). Complicações pós-operatórias em neurocirurgia eletiva e não eletiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(1), 101-108. doi: 10.1590/1982- 0194201700015.

Slatyer, S., Coventry, L., Twigg, D., e Davis, S. (2015). Professional practice models for nursing: A review of the literature and synthesis of key components. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 139-150. doi:[10.1111/jonm.12309](https://doi.org/10.1111/jonm.12309)

Souza, R. e Arcuri, E. (2014). Estratégias de comunicação da Equipe de Enfermagem na afasia decorrente de acidente vascular encefálico. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 48 (2), 292-298. doi: 10.1590/S0080-623420140000200014.

Stake, R. (2009). *A arte da investigação com estudos de caso* (2ª ed). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.

Stallings-Welden, L., e Shirey, M. (2015). Predictability of a professional practice model to affect nurse and patient outcomes. *Nursing Administration Quarterly*. 39(3), 199-210. doi:10.1097/NAQ.0000000000000106

Tomey, A. e Alligood, M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Espanha: Elsevier.

United Nations (2015). *World population, ageing, 2015*. Recuperado a 10 de Dezembro de 2018 em: [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015\\_Report.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf)

Varanda, E. e Rodrigues, C. (2016). Reeducação cognitiva em Enfermagem de Reabilitação: recuperar o bailado da mente. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa (coord.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (215-225). Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

Varanda, E., Rodrigues, C. e Costa, A. (2015). *Projecto de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem: Avaliação e Estimulação do doente com alterações do estado de consciência*. Recuperado a 14 de Novembro de 2018 em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/HospitalGarciaOrta\\_AvaliacaoEstimulacaoDoenteComAlteracoesEstadoConsciencia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalGarciaOrta_AvaliacaoEstimulacaoDoenteComAlteracoesEstadoConsciencia.pdf)

Vaz, R., Natário, A., Luiz, C., Carvalho, E., Oliveira, F., Maia, G., ... Almeida, R. (2017). *Rede de Referência Hospitalar de Neurocirurgia*. Recuperado em 10 de Novembro de 2018 em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/09/RRH-Neurocirurgia-Aprovada-a-6-setembro-2017.pdf>

Ventura, A. e Queirós, P. (2016). A enfermagem de reabilitação e o utente submetido a cirurgia toraco-abdominal. In A. Morais, A. Cruz & C. Oliveira (Eds). *Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (95-115). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem/Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Vigia, Ferreira e Sousa (2016). Treino de atividades de vida diária. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa (coord.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (351-364). Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

Vining, R., Gosselin, M., Thurmond, J., Case, K. e Bruch, F. (2017). Interdisciplinary rehabilitation for a patient with incomplete cervical spinal cord injury and multimorbidity. *Medicine*, 96 (34). doi: [10.1097/MD.00000000000007837](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000007837)

WHO (2011). *World report on disability 2011*. Recuperado a 3 de Janeiro em: [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)

WHO (2017). *World Health Statistics 2017: Monitoring Health for The SDGs*. Recuperado a 10 de Janeiro de 2019 em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf;jsessionid=BA5D90DB60EE-AFE5AAC1DC69986F9B74?sequence=1>

Yin, R. (2015). *Estudo de caso: planeamento e métodos*. (5ªed). Brasil: Bookman.

Zou, X.; Cong, L.; Yu, Z. e Wang, J. (2019). Fast-track rehabilitation and nursing care in post-anesthesia care unit on orthopedic patients. *Australian journal of advanced nursing*. 36(3), 39-44.

## **ANEXOS**



**ANEXO I.** Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) (DGS, 2011).

APELIDO _____	NOME _____	IDADE _____	SEXO _____	P.U.nº _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
DIAGNÓSTICO _____						

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL						
NÍVEIS	7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(dispositivo)	SEM AJUDA				
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	AJUDA				

	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	4M	12M
	DATA				
<b>AUTO-CUIDADOS</b>					
A. Alimentação					
B. Higiene pessoal					
C. Banho					
D. Vestir metade superior					
E. Vestir metade inferior					
F. Utilização da sanita					
<b>CONTROLO DOS ESFÍNCTERES</b>					
G. Bexiga					
H. Intestino					
<b>MOBILIDADE</b>					
<b>TRANSFERÊNCIAS</b>					
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas					
J. Sanita					
K. Banheira, Duche					
<b>LOCOMOÇÃO</b>					
L. Marcha/Cadeira de Rodas	~	~	~	~	~
M. Escadas					
<b>COMUNICAÇÃO</b>					
N. Compreensão	:	:	:	:	:
O. Expressão	:	:	:	:	:
<b>CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR</b>					
P. Interação social					
Q. Resolução dos problemas					
R. Memória					
<b>TOTAL</b>					

**NOTA:** Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1

**ANEXO II. Parecer e autorização para realização do projeto.**



PARECER E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO

**Hospital Garcia de Orta EPE**  
**Centro de Investigação Hospital Garcia de Orta**

**Título:** Projecto intitulado "Proposta estruturada de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação: ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação em pessoas com défice no autocuidado e em processo cirúrgico".

**Investigador Principal:** Enfª Vânia Raquel Dias Nascimento

A **Comissão de Ética** para a Saúde do Hospital Garcia de Orta informa que o trabalho em epígrafe obteve parecer positivo por ☒unanimidade ☐maioria em reunião do dia 18/9/2018.

Estiveram presentes:

- ☒ Nome: Dra Natália Dias (Presidente)
- ☒ Nome: Dra Ana Soares
- ☒ Nome: Dra Benedita Nunes
- ☐ Nome: Dra Cátia Gradil
- ☒ Nome: Dra Isabel Pereirinha
- ☐ Nome: Dr. José Luis Metello
- ☒ Nome: Dra Maria Gomes Ferreira
- ☒ Nome: Dr. Miguel Rodrigues
- ☒ Nome: Enfª Teresa Chambel

A CES solicita ao Investigador Principal que quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

  
Dra. Natália Dias  
Presidente da Comissão de Ética

O Estudo em epígrafe foi aprovado pelo **Conselho de Administração** em reunião do dia 10.09.2018

  
Dra. Ana Jorge  
Presidente do Centro Garcia de Orta

Almada, 25 de Setembro de 2018

### Anexo III. Certificado de apresentação da Revisão Sistemática da Literatura em Workshop.



#### I Workshop Gerontotecnologia

## CERTIFICADO

Certifica-se que o trabalho intitulado “SENSITIVE INDICATORS TO REHABILITATION NURSING CARE IN A REHABILITATION PROGRAM FOR PEOPLE IN THE SURGICAL PROCESS, BASED ON THE HEALTH QUALITY MODEL.” realizado por Vânia Nascimento e Abílio Costa, foi apresentado como **COMUNICAÇÃO ORAL** por **Vânia Nascimento** no **I Workshop de Gerontotecnologia** no âmbito do projeto 4IE - Instituto Internacional de Investigação e Inovação do Envelhecimento, que decorreu no Auditório da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, no dia 17 de dezembro de 2018 com a duração de 7 horas.

Coordenador do Projeto

  
PhD Manuel Lopes  
Universidade de Évora



**Anexo IV.** Comprovativo de submissão de artigo científico (RSL) a uma revista científica.

## Metadata of the chapter that will be visualized in SpringerLink

Book Title	Gerontechnology	
Series Title		
Chapter Title	Sensitive Indicators to Rehabilitation Nursing Care in a Rehabilitation Program for People in the Surgical Process, Based on the Health Quality Model	
Copyright Year	2019	
Copyright HolderName	Springer Nature Switzerland AG	
Corresponding Author	Family Name	<b>Nascimento</b>
	Particle	
	Given Name	<b>Vânia</b>
	Prefix	
	Suffix	
	Role	
	Division	
	Organization	ULSLA
	Address	Santiago do Cacém, Portugal
	Division	
	Organization	Évora University, Investigator POCTEP 0445_4IE_4_P
	Address	Évora, Portugal
	Email	vaniardn@hotmail.com
Author	Family Name	<b>Fonseca</b>
	Particle	
	Given Name	<b>César</b>
	Prefix	
	Suffix	
	Role	
	Division	
	Organization	Évora University, Investigator POCTEP 0445_4IE_4_P
	Address	Évora, Portugal
	Email	
	ORCID	<a href="http://orcid.org/0000-0001-6975-612X">http://orcid.org/0000-0001-6975-612X</a>
Author	Family Name	<b>Marques</b>
	Particle	
	Given Name	<b>Maria Céu</b>
	Prefix	
	Suffix	
	Role	
	Division	
	Organization	Évora University, Investigator POCTEP 0445_4IE_4_P
	Address	Évora, Portugal
	Email	
Author	Family Name	<b>Costa</b>

Particle	
Given Name	Abílio
Prefix	
Suffix	
Role	
Division	
Organization	HGO
Address	Almada, Portugal
Email	

Abstract	Continued improvement in care is one of the primary objectives of Rehabilitation Nursing. With the current medical-surgical evolution, the Rehabilitation Nurse faces new challenges related to the recovery, enhancement and maintenance of the functionality and capacity of the person in the surgical process. The identification of the indicators that are sensitive to the care of Rehabilitation Nursing, presents in the intervention plans carried out, allow us to measure the quality of the care provided and guarantee the excellence of the care performed. <b>Objective:</b> To identify sensible indicators for Rehabilitation Nursing care, presents in the Rehabilitation programs executed to the person in the surgical process, based on the health quality model. <b>Methods:</b> A systematic review of the literature was carried out through the EBSCO host (MEDLINE with Full Text, CINAHL Plus with Full Text and MedicLatina), using the PI [C] O method. <b>Results:</b> 49 indicators were identified, with emphasis on: "Percentage of clients to whom rehabilitation plan and/or rehabilitation program has been implemented to maximize functional capabilities"; "Percentage of clients with potential to improve the walking ability" and "Percentage of clients with risk of muscle stiffness who were monitored for the range of joint motion through the goniometer". <b>Conclusion:</b> The surgical patient, in the various areas of intervention (vascular, neurosurgical, orthopedic), presents health gains with the implementation of Rehabilitation programs, with 49 indicators that are sensitive to Rehabilitation Nursing care in the programs executed.
Keywords (separated by '-')	Nursing - Rehabilitation - Sensitive indicators to the care of rehabilitation nursing - Surgical process

## **APÊNDICES**

## Apêndice I. Indicadores sensíveis aos cuidados de ER identificados na RSL.

Tipo	Indicador (BI)
Estrutura	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentagem de clientes com risco de <b>rigidez articular</b> a quem foi monitorizada a amplitude do movimento articular através do goniómetro (López-Liria et al., 2015; Shyu et al., 2013; Cavill et al., 2016)</li> <li>- Percentagem de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para <b>pôr-se de pé</b> (Killington, Walker e Crotty, 2016; Kos, Kos e Benedicic, 2016; Kumble, Zink, Burch, Deluzio, Stevens, e Bahouth, 2017).</li> <li>- Percentagem de clientes nos quais foi aplicada escala para avaliar o <b>equilíbrio corporal</b> (López-Liria et al., 2015).</li> <li>- Percentagem de clientes a quem foi aplicada escala para avaliação de força muscular (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; López-Liria et al., 2015). (<b>Movimento muscular</b>)</li> </ul>
Processo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentagem de clientes a quem foi aplicado plano e/ou programa de reabilitação para maximizar as capacidades funcionais (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Killington, Walker e Crotty, 2016; Kos, Kos e Benedicic, 2016; Kumble, Zink, Burch, Deluzio, Stevens, e Bahouth, 2017; Kurabe, Ozawa, Watanabe e Aiba, 2010; Löfgren et al., 2015; López-Liria et al., 2015; Shyu et al., 2013; Cavill et al., 2016). (<b>Promoção da saúde</b>)</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para <b>andar</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Killington, Walker e Crotty, 2016; Kurabe, Ozawa, Watanabe e Aiba, 2010; Shyu et al., 2013; Cavill et al., 2016).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar a capacidade para <b>andar</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Killington, Walker e Crotty, 2016; Kurabe, Ozawa, Watanabe e Aiba, 2010; Shyu et al., 2013; Cavill et al., 2016).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre <b>andar com auxiliar de marcha</b> (López-Liria et al., 2015).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para <b>autocuidado: comer</b> (Kos, Kos e Benedicic, 2016).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para <b>autocuidado: comer</b> (Kos, Kos e Benedicic, 2016).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para <b>autocuidado: ir ao sanitário</b> (Shyu et al., 2013).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para <b>autocuidado: vestuário</b> (Kos, Kos e Benedicic, 2016; Shyu et al., 2013).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para <b>autocuidado: vestuário</b> (Kos, Kos e Benedicic, 2016; Shyu et al., 2013).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para <b>pôr-se de pé</b> (Kos, Kos e Benedicic, 2016; Cavill et al., 2016).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para <b>pôr-se de pé</b> (Kos, Kos e Benedicic, 2016).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para <b>pôr-se de pé</b> (Kos, Kos e Benedicic, 2016).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para <b>pôr-se de pé</b> (Killington, Walker e Crotty, 2016; Cavill et al., 2016).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhor conhecimento sobre técnica de adaptação para <b>transferir-se</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Shyu et al., 2013).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para <b>transferir-se</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Shyu et al., 2013).</li> <li>- Percentagem de clientes a quem foi utilizada escala para avaliar a <b>espasticidade</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de exercício muscular e articular (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017). (<b>Espasticidade</b>)</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de <b>equilíbrio corporal</b> (López-Liria et al., 2015; Shyu et al., 2013).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnica de <b>equilíbrio corporal</b> (López-Liria et al., 2015; Shyu et al., 2013).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Killington, Walker e Crotty, 2016; Cruz et al., 2015; Shyu et al., 2013; Cavill et al., 2016). (<b>Movimento muscular</b>)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Kos, Kos e Benedicic, 2016; López-Liria et al., 2015; Shyu et al., 2013; Cavill et al., 2016). (<b>Movimento muscular</b>)</li> </ul>
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Índice de <b>satisfação dos clientes</b> com os cuidados de enfermagem de reabilitação (Shyu et al., 2013; Cavill et al., 2016).</li> <li>- Índice de satisfação dos prestadores de cuidados (..) com cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao cliente (Crotty, Killington, Walker, 2016). (<b>Satisfação do cliente</b>)</li> <li>- Taxa de efetividade na prevenção da <b>rigidez articular</b> (Kumble, Zink, Burch, Deluzio, Stevens, e Bahouth, 2017; López-Liria et al., 2015).</li> <li>- Ganhos em capacidade para executar técnicas de exercícios musculares e articulares (López-Liria et al., 2015; Shyu et al., 2013). (<b>Rigidez articular</b>)</li> <li>- Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para <b>andar</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Cavill et al., 2016).</li> <li>- Ganhos em capacidade para <b>andar</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Crotty, Killington, Walker, 2016; Kurabe, Ozawa, Watanabe e Aiba, 2010; López-Liria et al., 2015; Shyu et al., 2013; Cavill et al., 2016).</li> <li>- Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para o <b>autocuidado: ir ao sanitário</b> (Shyu et al., 2013).</li> <li>- Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para o <b>autocuidado: vestuário</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Shyu et al., 2013).</li> <li>- Ganhos em capacidade para usar a técnica de adaptação para o <b>autocuidado: vestuário</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Shyu et al., 2013).</li> <li>- Ganhos em capacidade para usar a técnica de adaptação para o autocuidado: <b>mover-se em cadeira de rodas</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017).</li> <li>- Taxa de resolução do <b>pôr-se de pé</b> comprometido (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Kurabe, Ozawa, Watanabe e Aiba, 2010).</li> <li>- Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para o <b>pôr-se de pé</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Cavill et al., 2016).</li> <li>- Ganhos em capacidade para usar a técnica de adaptação para <b>pôr-se de pé</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Kos, Kos e Benedicic 2016; Cavill et al., 2016).</li> <li>- Ganhos em capacidade para usar técnica de adaptação para <b>posicionar-se</b> (López-Liria et al., 2015).</li> <li>- Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para <b>transferir-se</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; López-Liria et al., 2015; Shyu et al., 2013).</li> <li>- Ganhos em capacidade para usar a técnica de adaptação para <b>transferir-se</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Shyu et al., 2013).</li> <li>- Ganhos em conhecimento sobre técnica de exercício muscular e articular (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017). (<b>Espasticidade</b>)</li> <li>- Ganhos em capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017). (<b>Espasticidade</b>)</li> <li>- Ganhos em conhecimento sobre técnica de <b>equilíbrio corporal</b> (López-Liria et al., 2015; Shyu et al., 2013).</li> <li>- Ganhos em capacidade para usar técnica de <b>equilíbrio corporal</b> (López-Liria et al., 2015; Shyu et al., 2013).</li> <li>- Ganhos em melhoria do <b>movimento muscular</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Cruz et al., 2015; Shyu et al., 2013; Cavill et al., 2016).</li> <li>- Ganhos em conhecimento sobre técnica de exercício muscular e articular (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; López-Liria et al., 2015; Cavill et al., 2016). (<b>Movimento muscular</b>)</li> <li>- Ganhos em capacidade para executar técnica de exercício muscular e articular (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; López-Liria et al., 2015; Cavill et al., 2016). (<b>Movimento muscular</b>)</li> </ul>



## Apêndice II. Folha de observação e notas de campo.

Avaliações:			Avaliação função respiratória		Avaliação função motora			
Sinais vitais	Início	Fim	Avaliação		Coordenação motora			
TA (mmHg)			Tosse (presente/ausente – eficaz/ não eficaz)		Força muscular (Escala de Lower)			
SpO2 (%)			Expetoração (características: cor, quantidade, viscosidade)		MSD			
FC (bpm)					proximal			
Temp (°C)			Início Fim		Distal			
Dor (VAS)			Dispneia (escala Borg)		MID			
Localização			Inspeção (cianose, hipocratismo digital)		Proximal			
Pele e mucosas			FR (16-20 cl/min)		Distal			
			Ritmo respiratório (regular/irregular)		MSE			
			Padrão respiratório (torácico, abdominal, misto)		Proximal			
Avaliação função neurológica			Amplitude (superficial, profunda)		Distal			
			Simetria (simétrico, assimétrico)		Tônus muscular (Escala de Ashworth)			
					MSD			
					MID			
					MSE			
					MIE			
Estado de consciência (Escala de Glasgow)	Abertura ocular		Auscultação (MV: mantido, diminuído, ausente, ruídos adventícios)	Direito	Esquerdo	Alterações Amplitudes articulares	Direita	Esquerda
	Resposta verbal		1/3 superior			Escapulo-umeral		
	Resposta motora		1/3 médio			Cotovelo		
	Total		1/3 inferior			Punho		
Orientação			Palpação/Percussão (elasticidade, transmissão de vibrações vocais/raídes, timpanismo)			Aticulações metacarpofalangeas		
Atenção			Alterações EAD (derrame, atelectasia, pneumonia...)			Coxo-femural		
Comportamento			Oxigenoterapia			Joelho		
Linguagem						Metatarsofalangeas		
Capacidades práticas			Outras Avaliações:			Equilíbrio (Escala de Berg)		
Sensibilidade						MIF		
Risco de queda (Escala de Morse)	Score					Autocuidados		
Risco de úlcera de pressão (Escala de Braden)	Score					Higiene pessoal		
Notas de campo:			Banho					
			Alimentação					
			Vestir metade superior					
			Vestir metade inferior					
			Utilização da sanita					
			Controlo de esfíncteres (bexiga)					
			Controlo de esfíncteres (intestino)					
			Transferências					
			Leito, cadeira, cadeira de rodas					
			Sanita					
			Banheira, duche					
			Locomoção					
			Marcha, cadeira de rodas					
			Escadas					
			Comunicação					
			Compreensão					
			Expressão					
			Consciência do mundo exterior					
			Interação social					
			Resolução de problemas					
Memória								
Total								

## **PROJETO DE ESTÁGIO NO ÂMBITO DO MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**Enquadramento.** No âmbito da Unidade Curricular Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, da Universidade de Évora (em associação) é apresentado o projeto ***“Proposta estruturada de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação: ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com défice no autocuidado e em processo cirúrgico”*** a ser desenvolvido durante o Estágio Final, de 17 de Setembro a 25 de novembro de 2018, no Serviço Neurocirurgia do Hospital Garcia de Horta (HGO) EPE.

O HGO abrange uma população de cerca de 332.299 mil habitantes, servindo os municípios de Alameda e Seixal, sendo que, valências como a neurocirurgia estendem-se a todo o concelho de Setúbal (HGO, 2015). Este Hospital tem como missão prestar cuidados diferenciados e de qualidade à população por ele abrangida. O serviço de Neurocirurgia distingue-se como uma especialidade altamente diferenciada em termos humanos e técnicos, onde são diagnosticadas e tratadas cirurgicamente pessoas com “doenças do sistema nervoso central, periférico e autónomo, das estruturas de envolvimento e proteção, vascularização e suporte” (HGO, 2015). A maioria da população internada neste serviço apresenta idades entre 45 e 65 anos (HGO, 2016), doenças cerebrovasculares, tumores do sistema nervoso primários, secundários ou com complicações secundárias de tratamentos oncológicos, patologias da coluna vertebral degenerativas, traumáticas, infecciosas ou tumorais (Ministério da Saúde, 2017). Devido à especificidade das patologias, que levam ao internamento nesta unidade, verifica-se um elevado grau de dependência, no internamento e após a alta, com necessidade de acompanhamento específico destes doentes, com vista a potenciação das suas funcionalidades (destaca-se, aqui, a importância do papel do enfermeiro especialista em Reabilitação) e, se necessário, o posterior encaminhamento destes doentes para centros especializados de Reabilitação ou outras Unidades de saúde (HGO, 2017).

O ser humano experiencia, ao longo do seu ciclo de vida, níveis de dependência e necessidades diferentes, sendo que, a partir da idade adulta, os momentos de doença poderão ser fases de adaptação mais ou menos críticas, com potencial perda de autonomia na execução dos seus autocuidados (Queirós, Vidinha, e Filho, 2014). Em 2015 verificou-se que cerca de 70% do total de mortes estaria associada, principalmente, a quatro grupos de doenças crónicas: doenças do sistema circulatório, neoplasias, doenças do sistema respiratório e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (WHO, 2017). A evolução médico-cirúrgica, particularmente na área da neurocirurgia, contribuiu para a obtenção de melhores resultados clínicos e consequentemente uma maior sobrevida, nas doenças anteriormente descritas, acarretando novas necessidades na área da Reabilitação destes doentes pela diminuição da sua autonomia (Ministério da saúde, 2017). Também do envelhecimento populacional e da maior prevalência de doenças crónicas advém um maior número de pessoas potencialmente dependentes e, consequentemente, com a autonomia nos autocuidados comprometida (Fonseca e Lopes, 2014).

O autocuidado define-se como um regulador humano que permite à pessoa manter a saúde e preservar a vida e o bem-estar de forma deliberada (Alligood e Tomey, 2004), tendo o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) um papel fundamental tanto na manutenção como na recuperação do autocuidado da pessoa, promovendo a sua independência e maximizando a sua funcionalidade (Regulamento n.º 125/2011), envolvendo todos os intervenientes e atuando em conjunto com uma equipa de saúde (Fonseca e Lopes, 2014).

Desta forma, a atuação do EEER, revela-se fundamental para a pessoa submetida a cirurgia com consequente ou pré-existente défice de autocuidado. É competência do EEER conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem individualizados, em conjunto com a pessoa e inserido numa equipa multidisciplinar, com o intuito de prevenir e promover diagnósticos precoces e preventivos, sendo um dos objetivos do presente estágio praticar estas competências, com o intuito de cuidar e capacitar a pessoa *“com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida”*, no contexto da prática de cuidados, maximizando as suas capacidades e funcionalidades (Regulamento n.º 125/2011).

Dorothea Orem defende a Teoria do défice de autocuidado composta por três teorias relacionadas entre si, a Teoria do auto-cuidado, que refere porque as pessoas cuidam de si e como o fazem; a Teoria do défice de auto-cuidado, que explica como a enfermagem pode ajudar e a Teoria dos sistemas, que explica as relações que devem ser criadas para que *“se produza enfermagem”* (Alligood e Tomey, 2004). O autocuidado, como anteriormente referido, é um conjunto de atividades que favorecem a pessoa, com o objetivo de preservar a vida, a saúde e o bem-estar, mantendo-a em desenvolvimento.

Este é um processo deliberado que, portanto, pressupõe vontade própria e que deriva de experiências sociais, cognitivas e culturais (Orem, 2001). Orem (2001) apresenta dois conceitos distintos, mas relacionados, de autocuidado: o comportamento de autocuidado e o agente de autocuidado. O comportamento de autocuidado refere-se à prática de atividades que visam a manutenção da vida, da saúde e a continuação do desenvolvimento pessoal. O agente de autocuidado é a capacidade de realizar o comportamento de autocuidado e que envolve domínios como o cognitivo (perceber a sua condição de saúde, capacidade de autogestão e tomada de decisão), o físico (que permite à pessoa realizar ações de autogestão) e o domínio comportamental (capacidade de desenvolver o comportamento de autocuidado) (Fonseca e Lopes, 2014). Quando o enfermeiro direciona as suas intervenções para os défices no autocuidado da pessoa irá verificar resultados positivos no desempenho das atividades instrumentais e de vida diária (Griffiths et al., 2001) e, consequentemente, uma melhoria na qualidade de vida (Fonseca e Lopes, 2014).

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados é uma das funções do enfermeiro especialista (OE, 2010). Torna-se, desta forma, crucial mensurar os indicadores de saúde que se traduzem em resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem especializada no sentido da melhoria contínua dos cuidados (OE, 2014). Entendendo-se indicadores de saúde como instrumentos que permitem definir parâmetros com os quais se pode comparar o que é encontrado e o que idealmente está estabelecido. Desta forma, alertam para a ocorrência de situações que se desviam da normalidade, possibilitando a sua resolução (Rennó e Santos, 2013). Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem são cuidados de enfermagem que se direcionam para as necessidades da pessoa ou grupo, sendo influenciados por fatores organizacionais, pela experiência e pelo nível de conhecimento, verificando-se repercussões no autocuidado, no controlo de sintomas, na segurança e ocorrências adversas, no estado nutricional e na satisfação da pessoa (Doran et al., 2002), indo de encontro aos enunciados descritivos preconizados pelos padrões de qualidade da enfermagem de Reabilitação que acrescentam a readaptação e reeducação funcional, a promoção da inclusão social, a organização dos cuidados de saúde e a promoção da saúde (OE, 2018b).

Os modelos de enfermagem são utilizados para favorecer o conhecimento e melhorar a prática, orientando a investigação e identificando objetivos da prática de enfermagem (Perry e Potter, 1997). Desta forma terei por base o modelo de autocuidado de Fonseca e Lopes (2014), baseado na teoria do autocuidado de Orem, que se foca nos conceitos de autocuidado, capacidade funcional e capacidade de conhecimento, indo de encontro aos objetivos deste estágio. Assim, defini a pergunta, que conduzirá esta investigação: ***“Quais os ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação em pessoas com défice no autocuidado e em processo cirúrgico?”***.

**Objetivos.** Desenvolver competências gerais do enfermeiro especialista e específicas do EEER, percebendo a sua importância na capacitação da pessoa com défice no autocuidado; Avaliar a funcionalidade das pessoas em processo cirúrgico; Avaliar os ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação em pessoas com défice de autocuidados e Elaborar uma Proposta estruturada de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com défice no autocuidado e em processo cirúrgico.

**Metodologia.** Como descrito no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (OE, 2015), o enfermeiro identifica problemas, recolhe dados, elabora e executa os planos formulados com base nos dados recolhidos e nos problemas identificados e executa-os, avaliando-os posteriormente e envolvendo a pessoa em todo o processo. Assim, o EEER recolhe informação, utiliza escalas para avaliar a função e a capacidade funcional da pessoa e tem em conta aspetos psicossociais e pessoais que interferem na execução dos planos traçados, com o objetivo de obter melhoria na qualidade de vida da pessoa.

Neste estudo, usar-se-á a metodologia qualitativa do estudo de caso (método de estudos de caso múltiplos) de Robert Yin (2015) e a teoria de médio alcance de Lopes (2006) baseada na teoria do autocuidado de Orem. Seguindo a metodologia de Yin (2015) são definidos e planeados os objetivos do trabalho, realizada a preparação e a colheita de dados e posteriormente feita a análise e conclusão decorrente desses achados. A teoria de médio alcance de Lopes (2006) e o modelo de autocuidados de Fonseca e Lopes (2014) complementam o estudo ajudando a perceber os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem que as intervenções de enfermagem de reabilitação trazem. Tal como preconiza Lopes (2006), no processo de estabelecimento de uma relação terapêutica, que possibilite o desenvolvimento da confiança da pessoa e família em relação ao enfermeiro e aos cuidados prestados e, técnicas ensinadas e executadas, é efetuado um processo de avaliação diagnóstica e um processo de intervenção terapêutica de enfermagem. No processo de avaliação/reavaliação diagnóstica da situação devem ser tidas em conta as perspetivas vivenciais, biomédicas e de ajuda da pessoa e família, sendo que o processo de intervenção terapêutica de enfermagem engloba não só as intervenções de enfermagem propriamente ditas, como a “interface destes com o grupo e a organização” (Lopes, 2006).

**Instrumentos de colheitas de dados.** A colheita de dados será iniciada pela avaliação inicial do utente, notas de campo, planos de cuidados e a utilização dos instrumentos Elderly Nursing Core Set (ENCS) (Fonseca e Lopes, 2014) e a Medida de Independência Funcional (MIF) (DGS, 2011). Com o

instrumento ENCS serão avaliadas as dimensões: funções mentais, dor, funções do aparelho cardiovascular, do aparelho respiratório, comunicação, autocuidados, mudar e manter a posição, transportar, mover e manusear objetos, andar e deslocar-se, relacionamentos pessoais e interpessoais (Fonseca e Lopes, 2014), e com a MIF avaliar-se-á a capacidade/incapacidade funcional e o desempenho da pessoa nas necessidades de cuidados para as funções motoras e cognitivas da vida diária (DGS, 2011).

**População Alvo.** Pessoas internadas no serviço de Neurocirurgia do HGO, em processo cirúrgico, com défice de autocuidado e necessidade de intervenção do EEER.

**Tratamento de dados.** Para análise dos dados referentes ao instrumento ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e MIF (DGS, 2011), será utilizado o programa informático de análise estatística, Statistical Package for the Social Sciences, (SPSS).

**Considerações éticas.** Serão garantidos os princípios fundamentais de dignidade e liberdade, igualdade, verdade e justiça, solidariedade, excelência dos cuidados e ética profissional, para além dos deveres deontológicos inerentes à profissão de enfermagem (OE, 2015). Também os princípios éticos referentes à investigação em Enfermagem serão assegurados, nomeadamente: a confidencialidade, a veracidade, a maleficência, a fidelidade, a justiça e a beneficência (Nunes, 2013).

O projeto será sujeito à comissão de ética do HGO. Quando implementado, o projeto será dado a conhecer aos participantes/familiares dos participantes, garantindo o seu consentimento na participação e o direito de desistir em qualquer etapa do mesmo. A privacidade e confidencialidade das pessoas e dos dados serão garantidas, sendo codificados (tratados de forma anónima e apenas conhecidos pelo investigador) e posteriormente destruídas as fontes de obtenção dos mesmos. O estudo não comporta custos adicionais para o hospital onde se realiza.

## Cronograma.

		Ano 2018					
Fases		Atividades	Setembro		Outubro		Novembro
Estágio II	Diagnóstico da situação	Integração no serviço					
		Pesquisa bibliográfica					
		Identificação das necessidades de intervenção					
		Definição dos objetivos					
		Colheita de dados					
	Planeamento	Definição do protocolo de intervenção					
		Elaboração do cronograma de atividades					
		Reuniões de Estágio	Sempre que necessário				
	Execução	Aprofundamento e desenvolvimento competências na prestação de cuidados específicos de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com défice no autocuidado					
	Avaliação	Aplicação de escalas e outros instrumentos de recolha de dados para avaliação de resultados das intervenções					
		Entrega projeto de estágio					
		Entrega do relatório de estágio					

## Bibliografia.

Alligood, M. e. Tomey, A. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

DGS (2011). Norma da Direção-Geral de Saúde nº 054/2011: Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina e de Reabilitação. Lisboa, Portugal: DGS.

Doran, D., Sidani, S., Keatings, M.; Doidge, D. (2002). *An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model*. Journal Of Advanced Nursing, 38(1), 29-39.

Fonseca, César; Lopes, M. (2014). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidade de cuidados de enfermagem*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Lisboa: Portugal.

HGO (2015). *Regulamento Interno do Hospital Garcia da Orta, EPE*. Recuperado a 03 de Agosto de 2018 em: <http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/RegulamentoInterno.aspx>

HGO (2016). *Relatório e Contas de 2016*. Recuperado a 03 de Agosto de 2018 em: <http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/RelatorioContas.aspx>

HGO. (2017). *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde*. Recuperado a 03 de Agosto de 2018 em: [www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/RelatorioAcessoCuidadosSaude.aspx](http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/RelatorioAcessoCuidadosSaude.aspx)

Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra, Portugal: Formasau.

Ministério da Saúde (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Neurocirurgia*. Recuperado a 03 de Agosto de 2018: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/09/RRH-Neurocirurgia-Aprovada-a-6-setembro-2017.pdf>.

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em Enfermagem*. Recuperado a 12 de Agosto de 2018 em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

Ordem dos enfermeiros (OE) (2014). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER)*. Recuperado a 12 de Agosto de 2018 em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/coleios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Core\\_Indicadores\\_por\\_Categoria\\_de\\_Enunciados\\_Descrit\\_PQCER.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/coleios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Recuperado a 12 de Agosto de 2018 em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf).

Ordem dos enfermeiros (OE) (2015). *Regulamento do Exercício profissional do enfermeiro. Estatuto*. Recuperado a 12 de Agosto de 2018 em : [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5154/repe\\_estatuto2016\\_versao03-05-17.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5154/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf)



Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018). *Padrões de qualidade dos cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Recuperado a 12 de Agosto de 2018 em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4\\_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer-1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer-1.pdf).

Perry, G. e Potter, A. (1997). *Fundamentals of nursing: concepts, process and practice* (4ªed). St Luis: Mosby.

Queirós, P., Vidinha, T., e Filho, A. (2014). *Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem*. Referência, p.157–164.

WHO (2017). *World Health Statistics 2017: Monitoring Health for The SDGs*. Recuperado a 10 de Janeiro de 2019 em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf;jsessionid=BA5D90DB60EEAFE5AAC1DC69986F9B74?sequence=1>

Regulamento nº 125/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2ª série, nº 35. 8658-8659.

Regulamento nº 350/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2ª série, nº 119. 16655- 16660

Rennó C. e Santos M. (2013). Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. *Revista de Administração de Saúde*. 15(58), 27-30.

Yin, R. (2015). *Estudo de caso: planeamento e métodos*. (5ªed). Brasil: Bookman.

## Appendices IV. Consentimento informado, livre e esclarecido para participação no projeto.

### Consentimento informado

Declaro ter sido informado(a), por Vânia Raquel Dias Nascimento sobre o estudo: **"Proposta estruturada de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação: ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com défice no autocuidado e em processo cirúrgico"** que está a realizar no âmbito do Mestrado integrado na Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, da Universidade de Évora (em associação), com orientação do Professor Doutor César João Vicente da Fonseca. Fui informado(a) que o estudo pretende investigar os ganhos apresentados com a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na diminuição de funcionalidade decorrente de intervenção neurocirúrgica. Os objetivos do estudo são: avaliar a funcionalidade da pessoa em processo cirúrgico e avaliar os ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação em pessoas com défice de autocuidados, desenvolvendo competências na área da Enfermagem de Reabilitação.

Compreendi que os dados são recolhidos através de entrevista, processo clínico e aplicação de escalas de avaliação de funcionalidade. A minha participação neste estudo consiste em colaborar na entrevista, permitir a avaliação por parte da estudante, colaborando na execução de um plano de cuidados que visa a potenciação das minhas capacidades.

Compreendi as garantias de confidencialidade/anonimato e proteção dos dados que me dizem respeito e que me foram asseguradas. Fui também informado(a) de ter total liberdade para, em qualquer momento, desistir sem que seja necessário justificar a decisão e sem penalizações. Considerando-me esclarecido(a), declaro participar de livre vontade.

O/a participante/familiar:

---

A estudante (Vânia Raquel Dias Nascimento<sup>1</sup>):

---

<sup>1</sup> Para qualquer esclarecimento: Contato telefónico: 963555783; e-mail: vaniarn@hotmail.com.

## Apêndice V. Proposta estruturada de intervenção de Enfermagem de Reabilitação funcional.

Intervenções	Objetivo
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionado ambiente calmo, com temperatura adequada (Cordeiro e Menoita, 2012).</li> <li>- Explicado e discutido com a pessoa o plano de intervenção de ER, identificando as suas necessidades, objetivos e expectativas (Regulamento nº 125/2011).</li> <li>- Explicada a importância da intervenção da ER, permitindo-lhe expor dúvidas (Regulamento nº 125/2011).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o relaxamento e bem-estar (Cordeiro e Menoita, 2012).</li> <li>- Estabelecer objetivos individualizados para o plano de intervenção (Regulamento nº 125/2011).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posicionamento em semi-fowler com almofada até à raiz das omoplatas e outra almofada sob a região poplíteia (Cordeiro e Menoita, 2012).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuir da tensão psíquica e a sobrecarga muscular (Cordeiro e Menoita, 2012).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reabilitação funcional Respiratória (Cordeiro e Menoita, 2012; OE, 2018b): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciencialização e controlo da respiração com treino dos tempos respiratórios (5 a 10 minutos)</li> <li>• Ensinos de respiração diafragmática com expiração com lábios semi-cerrados (5 a 10 minutos).</li> <li>• Exercícios de reeducação diafragmática com resistência manual (10 ciclos respiratórios).</li> <li>• Reeducação costal global com bastão (5 ciclos respiratórios).</li> <li>• Ensino e treino da tosse.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar ventilação alveolar (Cordeiro e Menoita, 2012).</li> <li>- Prevenir complicações respiratórias pós-operatórias (Cordeiro e Menoita, 2012).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posicionamento em decúbito dorsal, com almofada pequena na cabeça e média na região poplíteia (OE, 2009).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuir da tensão psíquica e a sobrecarga muscular (OE, 2009),</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de ensinos sobre a importância do alinhamento corporal e princípios, objetivos e importância da mobilização (OE, 2009).</li> <li>- Incentivada a realização dos movimentos ao longo do dia (OE, 2009).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a mobilização e a continuação do plano pela pessoa (OE, 2009).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Massagem terapêutica e aplicação de BNM (intervenção irá ser explanada no quadro nr 15) (Kase, Lemos e Dias, 2013)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuição de dor (Kase, Lemos e Dias, 2013);</li> <li>- Resolução de contraturas musculares e inflamações articulares (Kase, Lemos e Dias, 2013).</li> <li>- Estimulação sensorial (Kase, Lemos e Dias, 2013).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilização passiva e/ou ativa assistida e/ou ativa resistida (consoante força apresentada pela pessoa) dos vários segmentos corporais, nos diferentes planos (10 vezes) iniciando mobilizações das articulações proximais para as distais, executando movimentos suaves e rítmicos (OE, 2009).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter/restaurar mobilidade articular e prevenir a perda da função articular (OE, 2009);</li> <li>- Prevenir contraturas, deformidades musculó-articulares e alterações cutâneas (OE, 2009);</li> <li>- Estimular a circulação e as terminações nervosas (OE, 2009);</li> <li>- Aumentar resistência (OE, 2009);</li> <li>- Preservar trofismo muscular e vascular (OE, 2009);</li> <li>- Manter a noção de movimento e a propriocepção (OE, 2009).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de exercícios isométricos nos segmentos corporais, 10 repetições, mantendo a contração durante 6 segundos, seguida de um breve período de descanso (Kisner e Colby, 2015).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter o tônus e massa muscular (Kisner e Colby, 2015).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizados ensinos sobre deslocação lateral no leito, posicionamentos e como a pessoa pode colaborar (OE, 2009).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permitir à pessoa colaborar/realizar na/a alternância de decúbitos (OE, 2009).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercícios terapêuticos no leito (Menoita, 2012): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ponte,</li> <li>• Rolamento</li> </ul> </li> </ul> <p>(quando pessoa apresenta hemiparesia/plegia, o profissional posiciona-se no lado afetado e assiste no exercício)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparar pessoa para levante, posição sentado e ortostática (Menoita, 2012)</li> <li>- Treinar equilíbrio (Menoita, 2012)</li> <li>- Fortalecer musculatura do tronco (Menoita, 2012)</li> <li>- Estimular sensibilidade postural (Menoita, 2012)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercícios de equilíbrio com a pessoa sentada na cadeira de rodas ou no leito com pés no chão ou outra superfície que permita estabilidade(OE, 2009): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajudar pessoa a manter alinhamento: membros superiores em ligeira abdução e cotovelos em extensão com palmas das mãos apoiadas (quando sentado na cama) – se necessário colocar utente em frente a espelho quadriculado,</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar equilíbrio estático e dinâmico do tronco (OE, 2009).</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Partindo da posição anterior, imprimir movimentos oscilantes (5 vezes) em um ombro de cada vez.</li> <li>Levantar braços alternadamente para a esquerda, para a direita, para baixo e para cima.</li> </ul>	
- Pôr-se de pé em equilíbrio e segurança (partindo da posição sentada, empurrar pernas e braços para baixo, inclinando-se para a frente e chegar à posição de pé) (OE, 2013; Coelho, Barros e Sousa, 2016)	- Treinar equilíbrio (OE, 2013; Coelho, Barros e Sousa, 2016)  - Treinar levante (OE, 2013; Coelho, Barros e Sousa, 2016)  - Treinar equilíbrio estático de pé (OE, 2013; Coelho, Barros e Sousa, 2016)
- Treino de transferências da cama para cadeira de rodas e cadeira sanitária/de banho e transferência contrária (OE, 2013).	- Treinar transferir-se (OE, 2013).
- Exercícios de equilíbrio em pé, apoiada em barra, a pessoa executa os exercícios lentamente e mantendo a posição durante alguns segundos (5 vezes em cada membro inferior) (Coelho, Barros e Sousa, 2016): <ul style="list-style-type: none"> <li>Dorsiflexão e dorsiextensão – pedir para pessoa se colocar em bicos de pés e de seguida apoiar-se apenas nos calcanhares, pode ser realizado com os dois pés em simultâneo ou um pé de cada vez (10 vezes);</li> <li>Ficar só num pé, fazendo flexão de um dos joelhos alternadamente;</li> <li>Realizar flexão e extensão coxo-femural até atingir a máxima amplitude</li> <li>Abdução dos membros inferiores alternadamente;</li> <li>Iniciando com pés à largura dos ombros, apoiar-se num pé e de seguida cruzar o pé em frente ao que se encontra apoiado, depois afastar o pé, fazendo abdução da anca e regressar à posição inicial (realizar exercício nos dois membros inferiores).</li> </ul>	- Treino de equilíbrio (Coelho, Barros e Sousa, 2016)  - Treino de força – fortalecimento muscular (Coelho, Barros e Sousa, 2016): <ul style="list-style-type: none"> <li>da região tibiotársica e posterior da perna;</li> <li>da região posterior da coxa e da perna;</li> <li>da região coxo-femural e glútea;</li> </ul>
- Treino de marcha – incentivando a correção postural com ou sem espelho quadriculado (OE, 2013)	- Treino de marcha e equilíbrio (OE, 2013)  - Efetivar a correção postural (OE, 2013)
- Promover a independência nas AVD's estimulando o uso da funcionalidade da pessoa, a utilizar/cuidar o hemicorpo afetado e fornecendo ajudas técnicas como adaptadores para tornar os cabos mais grossos, como cabos de escova e talheres (se hemiparesia/plegia) (Vigia, Ferreira e Sousa, 2016);  - Treinar a realização da Higiene Pessoal (Vigia, Ferreira e Sousa, 2016): <ul style="list-style-type: none"> <li>uso chuveiro em cadeira sanitária ou com barras de apoio,</li> <li>ato de lavar corpo,</li> <li>higiene oral,</li> <li>arranjar-se (pentear, barbear, etc)</li> </ul> - Treinar vestir/despír (Menoita, 2012): <ul style="list-style-type: none"> <li>quando alterações do equilíbrio instruída pessoa a vestir/despír sentada</li> <li>fornecida roupa larga, com botões (ajudando a treinar a motricidade fina)</li> <li>quando hemiparesia/plegia instruída pessoa a iniciar a vestir pelo lado mais afetado e no despír pelo lado menos afetado</li> </ul> - Treinar Alimentar-se na posição sentada e alinhada (Braga, 2016): <ul style="list-style-type: none"> <li>Treino de deglutição – instrução do processo de deglutição (fechar boca, sustentar a respiração, deglutir, expirar)</li> <li>Se disfagia – ensino e treino de técnicas posturais como a flexão cervical, adição de espessante consoante necessidade e fornecimento de ajudas técnicas como copos adaptados quando disfagia a líquidos;</li> <li>Adequar a consistência da dieta.</li> <li>Exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular (incentivar a realizar várias vezes ao dia durante 5 minutos mantendo cada posição 1 segundo):</li> </ul> ⇒ aos lábios (protrair, retrair e lateralizar, tentar fazer o som de estalar, associar e movimento de sucção), ⇒ à língua (língua de fora ao máximo que conseguir durante 2 segundos, seguindo-se de movimentos para o canto esquerdo e direito), às bochechas (insuflar bochechas e, de seguida, fazer pressão com mãos;  - Treinar controlo eliminação vesical e intestinal e uso de sanitário (Rocha e Redol, 2016): <ul style="list-style-type: none"> <li>Planeamento da ingestão hídrica;</li> <li>Quando incontinente vesical:</li> </ul> ⇒ diminuição da ingesta hídrica em 20% a partir das 18:00	- Treino de AVD's (Menoita, 2012; Vigia, Ferreira e Sousa, 2016)  - Aquisição da máxima funcionalidade possível (Braga, 2016; Vigia, Ferreira e Sousa, 2016);  - Reeducação para o esforço (Vigia, Ferreira e Sousa, 2016)

<p>⇒ avaliação do intervalo das micções (oferecer urinol/arrastadeira 2 em 2 horas, verificando volume residual após micção e ir alargando horário consoante necessidade)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino da eliminação intestinal- averiguar padrão de evacuação anterior, garantindo que utente evacua colocar supositório em horário a combinar com utente para evacuar de 2 em 2 dias ou consoante necessidade/padrão anterior do utente.</li> </ul> <p>- Treinar transferência (Menoita, 2012):</p> <p>- Se hemiparesia/plegia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ensinar o apoio do cotovelo na cama e ficar sentado;</li> <li>• posicionar-se em frente à pessoa, explicar procedimento e que faça flexão do tronco para levantar e sentar, trancar joelho do membro inferior afetado, colocar a pessoa de pé com cinto de transferência ou com apoio das calças e instruir a levantar e sentar devagar.</li> </ul> <p>- Treinar locomoção (descrito anteriormente) (Menoita, 2012):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• treino com auxiliares de marcha (por exemplo: andarilho e cadeira de rodas)</li> <li>• treino de marcha (por exemplo, quando hemiparesia fazer marcha controlada, prendendo o antebraço afetado e controlando e apoiando a anca).</li> <li>• Instruir a entrada pelo lado afetado e saída pelo lado menos afetado.</li> </ul>	
<p>- Alongamentos consoante grupo muscular trabalhado (Kisner e Colby, 2016)</p> <p>- Exercícios de relaxamento (Kisner e Colby, 2016)</p>	<p>- Relaxamento muscular (Kisner e Colby, 2016)</p>
<p>Registados procedimentos realizados</p>	<p>- Permitir a continuação de cuidados</p>

## **Apêndice VI. Artigo Científico.**

### **Indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação em um programa de Reabilitação às pessoas em processo cirúrgico, com base no modelo de qualidade em saúde.**

Revisão da literatura.

**Vânia Nascimento.** Enfermeira na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano. Mestranda na Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

**César Fonseca.** Professor PhD, Universidade de Évora, Investigator POCTEP 0445\_4IE\_4\_P.

**Abílio Costa.** Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Hospital Garcia de Horta.

**Maria do Céu Marques.** Professora PhD, Universidade de Évora, Investigadora POCTEP 0445\_4IE\_4\_P.

**Resumo.** A melhoria continua dos cuidados é um dos objetivos primordiais da Enfermagem de Reabilitação. Com a evolução médico-cirúrgica atual, o EEER depara-se com novos desafios relativos à recuperação, potenciação e manutenção da funcionalidade e capacidade da pessoa em processo cirúrgico. A identificação dos indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, presentes nos planos de intervenção realizados, permitem mensurar a qualidade dos cuidados prestados e garantir a obtenção da excelência dos cuidados realizados. **Objetivo.** Identificar indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, presentes nos programas de Reabilitação executados à pessoa em processo cirúrgico, tendo por base o modelo de qualidade em saúde. **Método.** Foi realizada uma revisão sistemática da literatura através de pesquisas na base de dados da EBSCO host (MEDLINE with Full Text, CINAHL Plus with Full Text e MedicLatina), utilizado o método PI[C]O. **Resultados.** Identificados 49 indicadores, com destaque para: a “Percentagem de clientes a quem foi aplicado plano e/ou programa de reabilitação para maximizar as capacidades funcionais”; “Percentagem de clientes com potencial para melhorar a capacidade para andar” e “Percentagem de clientes com risco de rigidez muscular a quem foi monitorizada a amplitude do movimento articular através do goniómetro”. **Conclusão.** O doente cirúrgico, nas várias áreas de intervenção (vascular, neurocirúrgica, ortopédica), apresenta ganhos em saúde com a implementação de programas de Reabilitação, destacando-se positivamente 49 indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação nos programas executados.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Reabilitação, Indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, Processo cirúrgico.

**Abstract.** Continued improvement in care is one of the primary objectives of Rehabilitation Nursing. With the current medical-surgical evolution, the Rehabilitation Nurse faces new challenges related to the recovery, enhancement and maintenance of the functionality and capacity of the person in the surgical process. The identification of the indicators that are sensitive to the care of Rehabilitation Nursing, presents in the intervention plans carried out, allow us to measure the quality of the care provided and guarantee the excellence of the care performed. **Objective.** To identify sensible indicators for Rehabilitation Nursing care, presents in the Rehabilitation programs executed to the person in the surgical process, based on the health quality model. **Methods:** A systematic review of the literature was carried out through the EBSCO host (MEDLINE with Full Text, CINAHL Plus with Full Text and Med-icLatina), using the PI[C]O method. **Results:** 49 indicators were identified, with emphasis on: "Percentage of clients to whom rehabilitation plan and/or rehabilitation program has been implemented to maximize functional capabilities"; "Percentage of clients with potential to improve the walking ability" and "Percentage of clients with risk of muscle stiffness who were monitored for the range of joint motion through the goniometer ". **Conclusion.** The surgical patient, in the various areas of intervention (vascular, neurosurgical, orthopedic), presents health gains with the implementation of Rehabilitation programs, with 49 indicators that are sensitive to Rehabilitation Nursing care in the programs executed.

**Keywords:** Nursing, Rehabilitation, Sensitive indicators to the care of Rehabilitation Nursing, Surgical process.



**Resumen.** La mejora continua de los cuidados es uno de los objetivos primordiales de la Enfermería de Rehabilitación. Con la evolución médico-quirúrgica actual, el EEER enfrenta nuevos desafíos como la recuperación, potenciación y mantenimiento de la funcionalidad y capacidad de la persona en proceso quirúrgico. La identificación de los indicadores sensibles a los cuidados de Enfermería de Rehabilitación, presentes en los planes de intervención cumplidos, permiten medir la calidad de los cuidados prestados y garantizar la obtención de la excelencia de los cuidados realizados. **Objetivo.** Identificar indicadores sensibles a los cuidados de Enfermería de Rehabilitación, presentes en los programas de Rehabilitación ejecutados a la persona en proceso quirúrgico, teniendo como base el modelo de calidad en salud. **Método.** Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura desarrolló de investigaciones en la base de datos de EBSCO host (MEDLINE con Full Text, CINAHL Plus con Full Text y MediciLatina), utilizado el método PI [C] O. **Resultados.** Identificados 49 indicadores, con destaque para: la "porcentaje de clientes a quien se aplicó plan un y / o programa de rehabilitación para maximizar las capacidades funcionales"; "Porcentaje de clientes con potencial para mejorar la capacidad para caminar" y "Porcentaje de clientes con riesgo de rigidez muscular a quien se ha monitoreado la amplitud del movimiento articular por el goniómetro". **Conclusión.** El paciente quirúrgico, en las diversas áreas de intervención (vascular, neuroquirúrgica, ortopédica), presenta ganos en salud con la implementación de programas de Rehabilitación, destacándose positivamente 49 indicadores sensibles a los cuidados de Enfermería de Rehabilitación en los programas ejecutados.

**Palabras clave:** Enfermería, Rehabilitación, Indicadores sensibles a los cuidados de Enfermería de Rehabilitación, Proceso quirúrgico.

## 1. Introdução

Os avanços tecnológicos e da medicina, nomeadamente a nível cirúrgico, têm permitido uma maior sobrevida a doenças anteriormente referidas, sejam elas provocadas por acidentes ou decorrentes de morbilidades como tumores, doenças degenerativas e cerebrovasculares. Desta forma, denotam-se necessidades de saúde específicas na população portuguesa associadas ao envelhecimento populacional, à prevalência cada vez mais frequente de doenças crónicas e agudas e a consequências de acidentes que poderão levar à incapacidade, surgindo uma maior procura de cuidados cirúrgicos, que exige uma resposta necessária e atempada (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

O tratamento cirúrgico pode ser, por vezes, o único método para evitar incapacidades e preservar a vida, estimando-se que sejam realizadas cirurgias a 63 milhões de pessoas que sofrem de lesões traumáticas e 31 milhões de pessoas com neoplasias malignas todos os anos (Dindo, Demartines, Clavien, 2004; World Health Organization, 2017).

O processo cirúrgico tem início no momento em que há indicação cirúrgica e divide-se em três fases, nomeadamente, pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória. A primeira fase tem término no momento de chegada da pessoa à sala operatória, a segunda fase na chegada da pessoa à sala de recuperação pós-anestésica e a terceira tem início quando a pessoa sai da sala de cirurgia e perdurará até à sua total recuperação (Monahan, 2010). Este acontecimento tem repercussões a vários níveis, podendo ser motivo de incapacidade, tanto pelas restrições exigidas, como pelas complicações que poderão advir da sua realização. Estão documentadas que 3% a 22% das cirurgias têm complicações maior associadas (Gibbs, 2006), sendo que 7 milhões de doentes submetidos a cirurgia, por ano, terão complicações importantes. Estas complicações pós-operatórias resultam, muitas vezes, em internamentos prolongados (Direção geral de saúde, 2010).

Qualquer novo evento desencadeia sentimento de ansiedade, sendo que a cirurgia é sempre um processo gerador de ansiedade, para a pessoa e família, e que exige adaptação a uma nova realidade (Juan, 2007; Monahan, 2010). Assim, para além das restrições inerentes à própria cirurgia ou das complicações que dela podem surgir, deve atender-se a que todo o processo cirúrgico necessita de um acompanhamento biopsicossociocultural (Juan, 2007).

É competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) elaborar e implementar planos de intervenção que visem a promoção das capacidades das pessoas e as ajudem a adaptar-se nos processos de transição saúde/doença, acompanhando a pessoa em todas as fases do

seu ciclo de vida, nos vários contextos da prática de cuidados, incluindo o processo cirúrgico, onde promove e maximiza a funcionalidade da pessoa, tendo em conta os seus objetivos, com vista à sua reinserção na sociedade (Regulamento nº 125/2011).

A intervenção do EEER terá visibilidade nos ganhos para a saúde apresentados, ao nível do “número de dias de internamento, da taxa de reinternamento, (das) CPP (complicações pós cirúrgicas) associadas à cirurgia que foram prevenidas (...), da estabilidade hemodinâmica, do controlo da dor, do aumento da capacidade funcional respiratória e motora, da adaptação ao *status* pós-operatório, da capacidade de resposta ao esforço e da capacidade para a realização das AVD (...) que interfere com a qualidade de vida” (Malcato, 2016; p.519).

Tal como refere a OE, emerge a necessidade de demonstrar objetivamente estes ganhos, garantindo, desta forma, a qualidade dos cuidados de ER e a efetividade das intervenções individualizadas implementadas, com vista à excelência dos cuidados prestados (Regulamento nº 350/2015).

Assim, surgem os indicadores que se constituem como “marcadores específicos do estado de saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para ganhos de saúde da população” (OE, 2007, p.2). Com indicadores específicos pretende-se mensurar os resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem, que se podem definir como cuidados de enfermagem que se centram nas necessidades das pessoas ou dos grupos, e que se focam em fatores como a experiência, o vasto conhecimento e a organização e que vão ter repercussões no estado funcional, na segurança e na satisfação do cliente (Doran et al., 2002).

Estes indicadores distribuem-se em três dimensões, segundo Donabedian, que focou a sua pesquisa na área da qualidade nos cuidados de saúde, desenvolvendo um modelo de qualidade em saúde que relaciona três conceitos (dimensões): Estrutura, Processo e Resultados. A “Estrutura” é referente ao espaço onde os serviços de saúde são prestados, aos recursos humanos, materiais e organizacionais, o “Processo” avalia o cuidado e as relações interpessoais e os “Resultados” são referentes às consequências dos cuidados prestados (McDonald et al, 2007).

O objetivo desta revisão sistemática da literatura (RSL) é perceber quais os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação encontrados nos programas de reabilitação, à pessoa em processo cirúrgico, com base no modelo de qualidade em saúde, que permitem mensurar os ganhos com as intervenções executadas.

## 2. Metodologia

Foi realizada uma RSL, que, como refere Pereira e Bachion (2006) traduz-se numa revisão de estudos através de uma abordagem sistemática, com uma metodologia claramente definida, apresentando-se como uma maneira de desenvolver as evidências que sustentem uma “tomada de decisão baseada na evidência”.

Recorreu-se à formulação da pergunta PI(C)O. Quais os indicadores (Resultados) sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (Intervenção) em um programa de reabilitação (Intervenção) em pessoas em processo cirúrgico (População)?

A pesquisa foi realizada no mês de Setembro de 2018, através da base de dados EBSCOHost – Research Databases, da área reservada da Ordem dos Enfermeiros. A partir desta base de dados científica foi possível aceder às seguintes bases de dados: CINAHL, MEDLINE, Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing e Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina, com os descritores: “nursing”, “rehabilitation nursing”, “rehabilitation”, “surgery” e “neurosurgery”, com os descritores booleanos “and” e “or”.

Os descritores foram introduzidos na base de dados referida anteriormente pela seguinte ordem [(Nursing)] AND [(rehabilitation) or (rehabilitation nursing)] AND [(surgery) or (neurosurgery)]. Como critérios de inclusão utilizaram-se o texto integral, no idioma inglês e publicações nos últimos 8 anos (2010-2018). Como participantes foram apenas incluídos adultos, em processo cirúrgico, artigos onde foram aplicados programas de Reabilitação nos diferentes contextos cirúrgicos e com conclusões que apresentassem indicadores sensíveis aos cuidados de Reabilitação. Foram excluídos artigos repetidos e com datas anteriores a 2010.

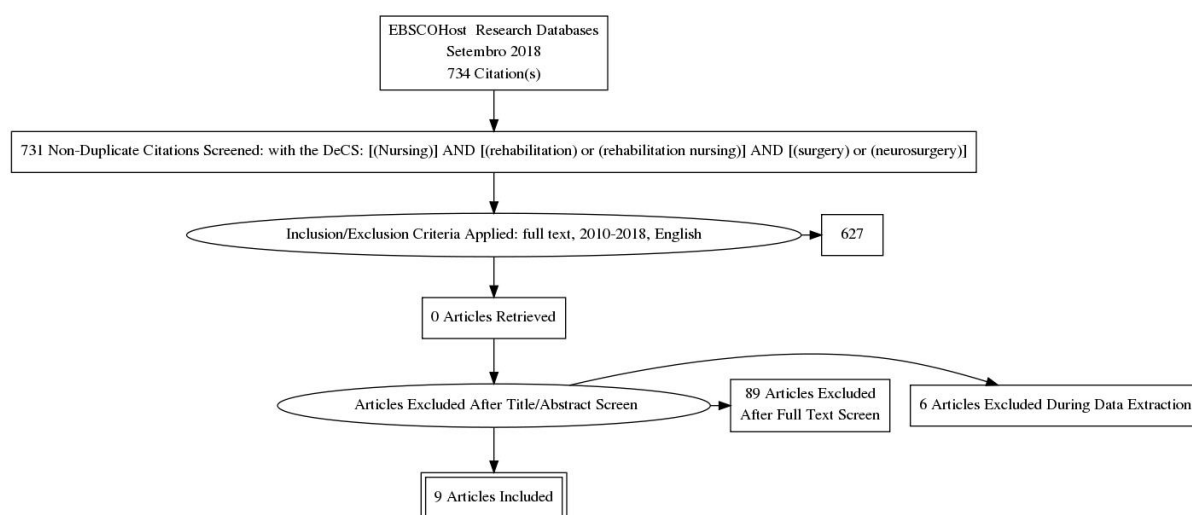
A seleção preliminar dos artigos foi realizada através da leitura do título e resumos. Posteriormente foi realizada a leitura integral dos artigos com o intuito de responder à pergunta PI(C)O previamente estabelecida.

Foi determinada a qualidade metodológica e a confiabilidade dos artigos através da análise crítica dos mesmos, desta forma, recorreu-se ao nível de evidência apresentado, segundo Melnyk e Fineout-Overhold, Stillwell e Williamson (2010) que indicam sete níveis de evidência, nível I (Revisões Sistemáticas da Literatura ou Metanálise), nível II (Estudos Randomizados controlados), nível III (estudo con-

trolado sem Randomização), nível IV (Estudo caso-controle ou estudo de Coorte), nível V (Revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos), nível VI (Estudo qualitativo ou descritivo) e nível VII (Opinião ou consenso) e à avaliação da qualidade metodológica de Briggs, integrando os artigos que satisfaziam mais de 50% dos critérios de qualidade segundo a JBI - QARI Critical Appraisal Tools e JBI – MASTARI Critical Appraisal Tools (Briggs, 2018). Desta forma, foram encontrados 9 artigos.

A figura nº 1 mostra o fluxograma que explicita o trajeto realizado para a determinação dos artigos encontrados.

**Figura nº 4.** Seleção de artigos para a RSL.



### 3. Resultados.

O quadro nº 1 expõe, de forma resumida, os resultados dos artigos encontrados e selecionados para a elaboração deste trabalho.

**Quadro nº 19.** Síntese dos artigos analisados.

Título/autores/nível de evidência/participantes	Objetivos	Resultados/Conclusões
<p><b>“Interdisciplinary rehabilitation for a patient with incomplete cervical spinal cord injury and multimorbidity”</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017)</p> <p><b>Metodologia:</b> Qualitativo</p> <p><b>Nível de evidência:</b> VI</p> <p><b>Participantes:</b> homem de 51 anos em recuperação de uma lesão medular incompleta submetido a discectomia e laminectomia cervical.</p>	<p>Descrever a reabilitação interdisciplinar de um tetraplégico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ganhos na autonomia dos autocuidados da pessoa.</li> <li>- Os membros da equipa de Reabilitação de várias especialidades podem desempenhar funções sinérgicas quando trabalham de forma conjunta dentro do contexto de um plano de gestão abrangente atualizado regularmente</li> </ul>
<p><b>“The chaotic journey: recovering from hip fracture in a nursing home”</b> (Killington, Walker e Crotty, 2016).</p> <p><b>Metodologia:</b> Estudo Randomizado controlado.</p> <p><b>Nível de evidência:</b> II</p> <p><b>Participantes:</b> 28 utentes, residentes em Lar, submetidos a artroplastia da anca, suas famílias e equipa de enfermagem do Lar.</p>	<p>Compreender o trajeto dos residentes de Lar após fratura da anca e as perceções sobre o programa de Reabilitação implementado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insatisfação dos familiares dos utentes e equipa de enfermagem da Residência de Idosos quanto aos cuidados do pós-operatório a nível hospitalar;</li> <li>- Fraca transmissão de informação após alta hospitalar;</li> <li>- Dificuldades em gerir as emoções dos residentes submetidos a cirurgia, em gerir a dor e iniciar mobilizações.</li> <li>- Os indicadores de desempenho devem incluir a qualidade da transferência dos doentes, o controlo da dor e o retorno à marcha.</li> </ul>
<p><b>“Early medical rehabilitation after neurosurgical treatment of malignant brain tumors in Slovenia.”</b> (Kos, Kos e Benedicic, 2016)</p> <p><b>Metodologia:</b> Qualitativo</p> <p><b>Nível de evidência:</b> VI</p>	<p>Importância da reabilitação precoce em doentes submetidos a neurocirurgia por tumor cerebral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Com a reabilitação precoce individualizada, muitas vezes, é possível alcançar a independência na mobilidade dos doentes, bem como na realização de tarefas diárias antes de sair do hospital.</li> <li>- Deve ser efetuada uma avaliação mais precisa do estado funcional dos doentes após a conclusão da terapia oncológica para estratificar os doentes que devem ser encaminhados para Reabilitação.</li> <li>- As probabilidades de um bom resultado funcional em doentes com tumores cerebrais malignos podem ser aumentadas com um bom tratamento de reabilitação precoce.</li> </ul>

<p><b>“Physiological effects of early incremental mobilization on a patient with acute intracerebral and intraventricular hemorrhage requiring dual external ventricular drainage”</b> (Kumble, Zink, Burch, Deluzio, Stevens e Bahouth, 2017)</p> <p><b>Metodologia:</b> Qualitativo</p> <p><b>Nível de evidência:</b> VI</p> <p><b>Participante:</b> doente de 55 anos com hemorragia intracerebral.</p>	<p>Descrever as respostas hemodinâmicas e PIC durante intervenções de mobilidade progressiva, realizadas num doente com duas drenagens ventriculares externas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A mobilização precoce progressiva assistida por dispositivo foi segura neste doente com AVC hemorrágico, quando acompanhado por uma equipa interdisciplinar de profissionais de saúde qualificados.</li> <li>- São necessários mais estudos para obter informações sobre as respostas hemodinâmicas e neurofisiológicas associadas à mobilidade precoce no AVC agudo para identificar subconjuntos de doentes com maior probabilidade de beneficiarem com esta intervenção.</li> </ul>
<p><b>“Efficacy and safety of postoperative early mobilization for chronic subdural hematoma in elderly patients.”</b> (Kurabe, Ozawa, Watanabe e Aiba, 2010)</p> <p><b>Metodologia:</b> estudo caso-controle</p> <p><b>Nível de evidência:</b> IV</p> <p><b>Participantes:</b> 91 (grupo de intervenção) + 91 (grupo de controlo) com mais de 65 anos, intervenções por HSDC entre 2001 e 2008</p>	<p>Avaliar a eficácia e os efeitos adversos da mobilização precoce pós-operatória em doentes idosos com hemorragia subdural crónica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A mobilização precoce após craniotomia com sistema de drenagem previne complicações pós-operatórias sem aumentar o risco de recidiva em doentes com hematoma subdural crónico e com idade igual ou superior a 65 anos de idade.</li> </ul>
<p><b>“Power to the patient: care tracks and empowerment a recipe for improving rehabilitation for hip fracture patients”</b> (Löfgren et al., 2015)</p> <p><b>Metodologia:</b> Estudo Randomizado controlado. Recrutados doentes durante um período de 12 meses, com um grupo de intervenção tratado com um programa de reabilitação pós-operatório individualizado e um grupo controle tratado de forma tradicional, de acordo com as rotinas hospitalares. A avaliação final foi realizada 4 meses após a cirurgia.</p> <p><b>Nível de evidência:</b> II</p> <p><b>Participantes:</b> clientes com fratura da anca com mais de 65 anos: 285 clientes (grupo de intervenção) + 218 (grupo de controlo)</p>	<p>Investigar se o <i>empowerment</i> do cliente conjugado com um programa de Reabilitação pós-operatório, projetado individualmente, podem reduzir o tempo de internamento hospitalar e se os utentes têm melhores hipóteses de retomar a vida anterior.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O tempo médio de permanência hospitalar foi de 4 dias a menos no grupo intervenção do que no grupo controle (<math>p = 0,04</math>).</li> <li>- 90% dos clientes do grupo de intervenção retomaram a vida anterior em comparação com 80% no grupo controle (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> <li>- O <i>empowerment</i> do cliente por pessoal de enfermagem treinado com um programa de Reabilitação individualizado pode ser benéfico para ajudar os clientes a ter um internamento hospitalar mais curto e retomar o seu modo de vida anterior.</li> </ul>
<p><b>“Home-Based versus Hospital-Based Rehabilitation Program after Total Knee Replacement”</b> (López-Liria et al., 2015)</p> <p><b>Metodologia:</b> Estudo controlado não Randomizado. Aplicação de um programa de Reabilitação que inclui exercícios para restaurar a força e mobilidade articular e melhorar a capacidade funcional dos utentes.</p> <p><b>Nível de evidência:</b> III</p> <p><b>Participantes:</b> 78 utentes com prótese total do joelho com mais de 60 anos.</p>	<p>Comparar a reabilitação domiciliar com a reabilitação hospitalar padrão em termos de melhoria da mobilidade articular do joelho, recuperação da força e função muscular em utentes após a substituição total do joelho</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Após a intervenção, ambos os grupos mostraram melhoras significativas (<math>P &lt; 0,001</math>) a nível da dor (escala visual analógica), amplitude de movimento de flexão-extensão e força muscular, incapacidade (índices de Barthel e WOMAC), equilíbrio e no andar.</li> <li>- Este estudo revela que os programas de Reabilitação em casa ou no hospital são igualmente eficazes.</li> </ul>

<p><b>“Comprehensive and subacute care interventions improve health-related quality of life for older patients after surgery for hip fracture: A randomised controlled trial ”</b> (Shyu et al., 2013)</p> <p><b>Metodologia:</b> Estudo controlado Randomizado. Executado um programa de cuidados habituais (incluía 1 a 2 sessões de reabilitação), um programa de cuidados subagudos (consulta geriátrica, reabilitação contínua e planeamento da alta) e uma programa de cuidados abrangentes (cuidados subagudos + intervenções de gestão de saúde: controlo de sintomas de depressão, nutrição e prevenção de quedas).</p> <p><b>Nível de evidência:</b> II</p> <p><b>Participantes:</b> 299 utentes idosos com fratura de anca foram randomizados em três grupos: cuidados subagudos (n = 101), cuidados abrangentes (n = 99) e cuidados habituais (n = 99).</p>	<p>Comparar os efeitos de um programa de cuidados abrangentes interdisciplinares com os programas de cuidados subagudos e de cuidados habituais na qualidade de vida relacionada com a saúde, de utentes idosos com fratura da anca.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os participantes do grupo de cuidados abrangentes melhoraram a função física, a saúde geral e a saúde mental relativamente ao grupo de cuidados habituais.</li> <li>- O grupo de cuidados subagudos melhorou a função física e social relativamente o grupo de cuidados habituais.</li> <li>- Os efeitos da intervenção para os cuidados abrangentes e subagudos aumentaram ao longo do tempo.</li> <li>- Programas de cuidados abrangentes e cuidados subagudos podem melhorar os desfechos de saúde de idosos com fratura da anca.</li> </ul>
<p><b>“The effect of prehabilitation on the range of motion and functional outcomes in patients following the total knee or hip arthroplasty: A pilot randomized trial”</b> (Cavill et al., 2016)</p> <p><b>Metodologia:</b> Estudo randomizado controlado. Foi realizada Reabilitação duas vezes por semana durante pelo menos três e no máximo quatro semanas antes da cirurgia, uma hora cada.</p> <p><b>Nível de evidência:</b> II</p> <p><b>Participantes:</b> 74 utentes submetidos a artroplastia.</p>	<p>Investigar o efeito da pré-reabilitação na qualidade de vida e função em utentes com artroplastia total do joelho (PTJ) / artroplastia total da anca (PTA).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O acréscimo de pré-tratamento aos cuidados habituais melhorou significativamente a amplitude de movimento de flexão do joelho no pós-operatório;</li> <li>- Não houve melhorias significativas na função ou benefícios de qualidade de vida.</li> </ul>

#### 4. Discussão.

Depois de analisar os estudos escolhidos foram identificados 49 indicadores sensíveis aos cuidados de ER à pessoa em processo cirúrgico, presentes em programas de reabilitação.

No quadro nº 2 apresentam-se os principais indicadores (OE, 2018) identificados, dividindo-os segundo a proposta do modelo de qualidade em saúde de Donabedian em Estrutura, Processo e Resultados (McDonald et al., 2007).



**Quadro nº 20.** Principais indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação identificados.

Tipo	Indicador (BI)
<b>Estrutura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentagem de clientes com risco de <b>rigidez articular</b> a quem foi monitorizada a amplitude do movimento articular através do goniómetro (López-Liria et al, 2015; Shyu et al, 2013; Cavill et al, 2016)</li> <li>- Percentagem de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para <b>pôr-se de pé</b> (Killington, Walker e Crotty, 2016; Kos, Kos e Benedicic, 2016; Kumble, Zink, Burch, Deluzio, Stevens, e Bahouth, 2017).</li> <li>- Percentagem de clientes a quem foi aplicada escala para avaliação de força muscular (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; López-Liria et al, 2015). (<b>Movimento muscular</b>)</li> </ul>
<b>Processo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentagem de clientes a quem foi aplicado plano e/ou programa de reabilitação para maximizar as capacidades funcionais (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Killington, Walker e Crotty, 2016; Kos, Kos e Benedicic, 2016; Kumble, Zink, Burch, Deluzio, Stevens, e Bahouth, 2017; Kurabe, Ozawa, Watanabe e Aiba, 2010; Lófgren et al, 2015; López-Liria et al, 2015; Shyu et al, 2013; Cavill et al, 2016). (<b>Promoção da saúde</b>)</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para <b>andar</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Killington, Walker e Crotty, 2016; Kurabe, Ozawa, Watanabe e Aiba, 2010; Shyu et al, 2013; Cavill et al, 2016).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar a capacidade para <b>andar</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Killington, Walker e Crotty, 2016; Kurabe, Ozawa, Watanabe e Aiba, 2010; Shyu et al, 2013; Cavill et al, 2016).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para <b>autocuidado: comer</b> (Kos, Kos e Benedicic, 2016).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para <b>autocuidado: vestuário</b> (Kos, Kos e Benedicic, 2016; Shyu et al, 2013).</li> <li>- Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnica de <b>equilíbrio corporal</b> (López-Liria et al, 2015; Shyu et al, 2013).</li> </ul>
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Índice de <b>satisfação dos clientes</b> com os cuidados de enfermagem de reabilitação (Shyu et al, 2013; Cavill et al, 2016).</li> <li>- Ganhos em capacidade para executar técnicas de exercícios musculares e articulares (López-Liria et al, 2015; Shyu et al, 2013). (<b>Rigidez articular</b>)</li> <li>- Ganhos em capacidade para <b>andar</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Crotty, Killington, Walker, 2016; Kurabe, Ozawa, Watanabe e Aiba, 2010; López-Liria et al, 2015; Shyu et al, 2013; Cavill et al, 2016).</li> <li>- Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para o <b>autocuidado: ir ao sanitário</b> (Shyu et al, 2013).</li> <li>- Ganhos em capacidade para usar técnica de <b>equilíbrio corporal</b> (López-Liria et al, 2015; Shyu et al, 2013).</li> <li>- Ganhos em melhoria do <b>movimento muscular</b> (Vining, Gosselin, Thurmond, Case, Bruch, 2017; Cruz et al, 2015; Shyu et al, 2013; Cavill et al, 2016).</li> </ul>

Desta forma destacam-se, nas diferentes dimensões, os seguintes indicadores: “*Percentagem de clientes com risco de rigidez articular a quem foi monitorizada a amplitude do movimento articular através do goniómetro*” e “*Percentagem de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para pôr-se de pé*”, na dimensão estrutura; “*Percentagem de clientes a quem foi aplicado plano e/ou programa de reabilitação para maximizar as capacidades funcionais*” (*Promoção da saúde*) e “*Percentagem de clientes com potencial para melhorar a capacidade para andar*”, na dimensão processo e “*Ganhos em capacidade para andar*” e “*Ganhos em melhoria do movimento muscular*”, na dimensão resultados.

A maioria dos indicadores encontrados são referentes à dimensão Resultados, demonstrando, desta forma, as repercussões das intervenções planeadas e executadas.

O indicador *“Percentagem de clientes a quem foi aplicado plano e/ou programa de reabilitação para maximizar as capacidades funcionais” (Promoção da saúde)* encontrou-se presente em todos os estudos, indo de encontro às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, que maximiza a funcionalidade da pessoa, com o intuito de desenvolver as suas capacidades (Regulamento nº 350/2015).

## **Conclusões.**

A excelência dos cuidados apenas pode ser garantida quando os resultados são mensurados e objetivos. A pessoa em processo cirúrgico, nas várias áreas de intervenção (vascular, neurocirúrgica, ortopédica), apresenta ganhos em saúde com a implementação de programas de reabilitação, destacando-se positivamente 49 indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação nos programas executados.

Destaca-se a necessidade da realização de mais estudos que foquem a dimensão estrutura, percebendo, por exemplo, a importância dos recursos materiais e humanos ou da formação dos profissionais na qualidade dos cuidados de saúde prestados, nomeadamente, a nível dos programas de reabilitação implementados, uma vez que todas as dimensões estão interligadas, sendo necessário perceber as repercussões de cada uma na qualidade dos cuidados realizados.

## **5. Referências bibliográficas**

ACSS (2015). Circular normativa n.º 11/2015 de 21 de julho de 2015. Lisboa, Portugal: Ministério da saúde.

Briggs, J. (2018) Joanna Briggs Institute. Recuperado a 20 de Setembro de 2018 em: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>.

Cavill, S., McKenzie, K., Munro, A., MsKeever, J., Whelan, L., Biggs, L.,... e Haines, T. (2016). The effect of prehabilitation on the range of motion and functional outcomes in patients following the total knee or hip arthroplasty: A pilot randomized trial. *Physiotherapy theory and practice*, 12 (4), 262-270. doi: [10.3109/09593985.2016.1138174](https://doi.org/10.3109/09593985.2016.1138174).

DGS (2010). Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009: Cirurgia segura salva vidas. Lisboa, Portugal: DGS.

Dindo D, Demartines N, Clavien P. (2004). Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Annals of Surgery*, 240(2), 205-213. doi: [10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae](https://doi.org/10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae)

Doran, D., Sidani, S., Keatings, M. e Doidge, D. (2002). An empirical test of Nursing Role Effectiveness Model. *Jornal of Advanced Nursing*. 30 (1), 29-39.

Gibbs, N. e Borton, C.(2006). Safety of anesthesia in Australia. A review of anaesthesia mortality 2000–2002. *Australian and New Zealand College of Anaesthetists*. Melbourne, Australia.

Juan, K. (2007). O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. *Psicologia Hospitalar*, 5(1), 48-59. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092007000100004&lng=pt&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092007000100004&lng=pt&lng=pt).

Killington, M.; Walker, R. e Crotty, M. (2016) The chaotic journey: Recovering from hip fracture in a nursing home. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*. 67, 106-112. doi:[10.1016/j.archger.2016.07.004](https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.07.004)

Kos, N.; Kos, B. e Benedicic, M. (2016). Early medical rehabilitation after neurosurgical treatment of malignant brain tumors in Slovenia. *Radiology e Oncology*. 50 (2), 139-144. doi: [10.1515/raon-2015-0004](https://doi.org/10.1515/raon-2015-0004)

Kumble, S., Zink, E., Burch, M., Deluzio, S., Stevens, R. e Bahouth, M. (2017). Physiological effects of early incremental mobilization on a patient with acute intracerebral and intraventricular hemorrhage requiring dual external ventricular drainage. *Neurocritical care*. 27 (1), 115-119. doi:[10.1007/s12028-017-0376-9](https://doi.org/10.1007/s12028-017-0376-9)

Löfgren, S., Hedström, M., Ekstrom, W., Lindberg, L., Flodin, L. e Ryd, L. (2015). Power to the patient: care tracks and empowerment a recipe for improving rehabilitation for hip fracture patients. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*. 29 (3), 462-469. doi:[10.1111/scs.12157](https://doi.org/10.1111/scs.12157).

López-Liria, R., Padilla-Gónora, D., Catalan-Matamoros, D., Rocamora-Pérez, P., Pérez-de la Cruz, S., Fernández-Sánchez, M. (2015). Home-Based versus Hospital-Based Rehabilitation Program after Total Knee Replacement. *BioMed Research International*. 1-9. doi:[10.1155/2015/450421](https://doi.org/10.1155/2015/450421)

Malcato, M. (2016). A pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa (coord.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (515-523). Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

McDonald K., Sundaram, V., Bravata, D., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S., ... Owens, D. (2007). Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. *Agency for Healthcare Research and Quality*, Rockville, 7. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44015/>.

Melnik, B., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. e Williamson, K. (2010) Searching for the Evidence: Strategies to help you conduct a successful search. *American Journal of Nursing*. 110(1), 51-53.

Monahan, F. (2010). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

OE (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Recuperado a 15 de Setembro de 2018 em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE\\_Indicadores-VFOut2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf)

OE (2018). *Bilhetes de identidade dos indicadores que integram o core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Recuperado a 22 de Setembro de 2018 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5443/enfermagemreabilitacao.pdf>.

Pereira, A. e Bachion, M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27 (4), 491-498. Recuperado de: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633/2548>.

Regulamento nº 125/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2ª série, nº 35. 8658-8659.

Regulamento nº 350/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2ª série, nº 119. 16655-16660.

Shyu, Y., Liang, M., Tseng, M., Li, H., Wu, C., Cheng, H., ... Yang, C. (2013). Comprehensive and subacute care interventions improve health-related quality of life for older patients after surgery for hip fracture: A randomised controlled trial. *International Journal Of Nursing Studies*. 50 (8), 1013-1024. doi:[10.1016/j.ijnurstu.2012.11.020](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.020).

Vining, R., Gosselin, M., Thurmond, J., Case, K. e Bruch, F. (2017). Interdisciplinary rehabilitation for a patient with incomplete cervical spinal cord injury and multimorbidity. *Medicine*, 96 (34). doi: [10.1097/MD.00000000000007837](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000007837)

WHO (2017). *World Health Statistics 2017: Monitoring Health for The SDGs*. Recuperado a 10 de Janeiro de 2019 em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf;jsessionid=BA5D90DB60EE-AFE5AAC1DC69986F9B74?sequence=1>